



Pediatría Integral

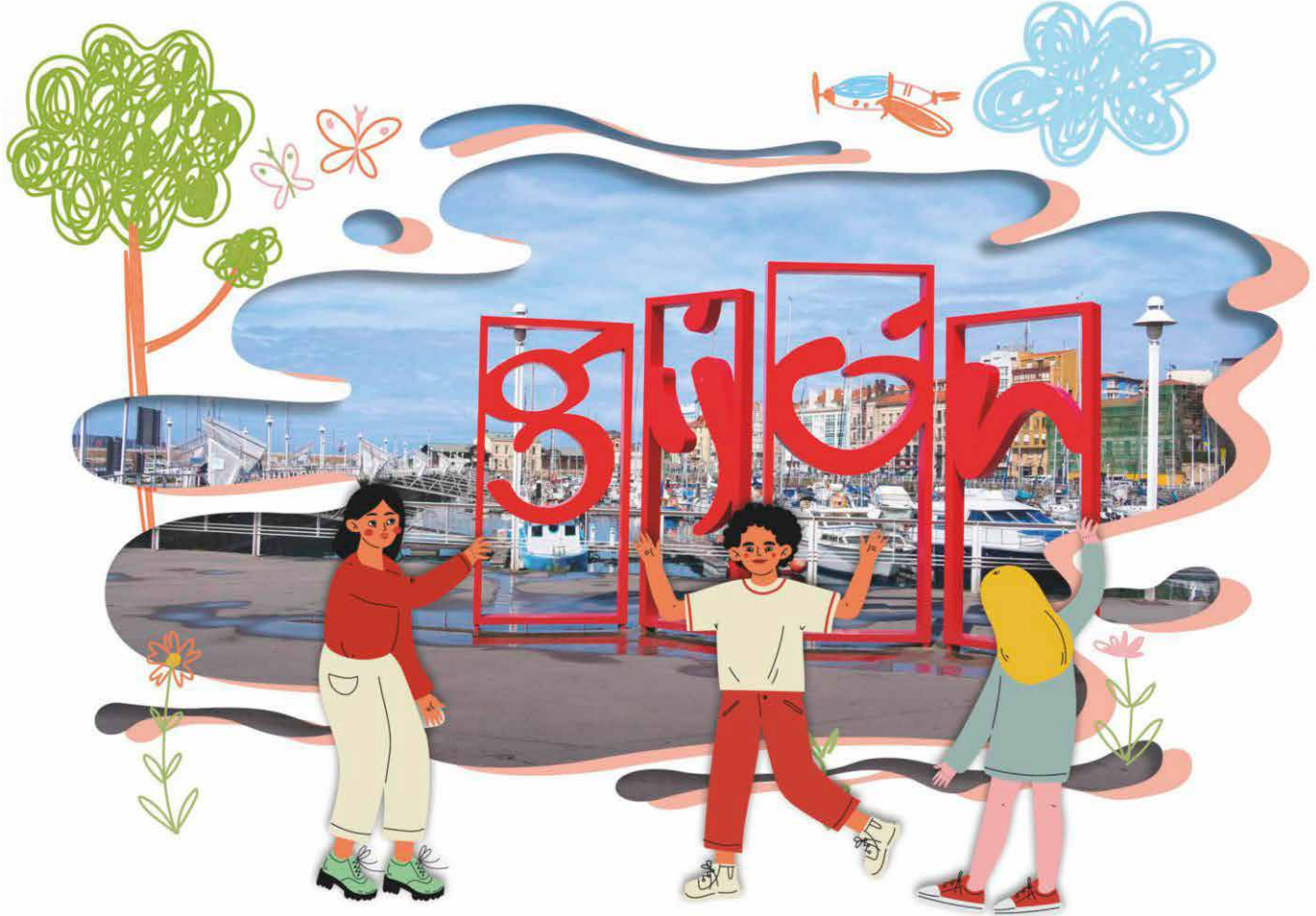
Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

VOLUMEN XXVII
Nº ESPECIAL 22
OCTUBRE 2023
CURSO VII



37 CONGRESO NACIONAL
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

sepeap
19-21 OCTUBRE 2023
Palacio de Congresos de Gijón



XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Presidente: Cristóbal Coronel Rodríguez

Vicepresidente: Francisco Javier Pellegrini Belinchón

Secretaria: Belén Aguirrezabalaga González

Tesorero: Anselmo Hernández Hernández

Presidente de la Fundación Prandi: Fernando García-Sala Vígüer

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:

Dr. José Del Pozo Machuca

†Dr. Francisco José Prandi i Farrás

Vocales Nacionales: Gema García Ron,
María Ángeles Learte Álvarez,
Reyes Mazas Raba,
Begoña Pelegrín López,
María del Carmen Sánchez Jiménez

Directora Revista Pediatría Integral: Inés Hidalgo Vicario

Subdirectores Pediatría Integral: Josep de la Flor i Brú,
Teresa de la Calle Cabrera

Director de la página web: Javier López Ávila

Vocales regionales SEPEAP

Andalucía occidental-Extremadura: Luis Ortiz González

Andalucía oriental: Juan Manuel González Pérez

Aragón-La Rioja-Soria: Javier Sánchez Gimeno

Asturias-Cantabria-Castilla-León: Montserrat Matilla Barba

Baleares: Edelmiro Verges Aguiló

Canarias-Las Palmas: Gonzalo Cabrera Roca

Canarias-Tenerife: Gema Perera de León

Castilla-La Mancha: Juan Antonio González Mateos

Cataluña: Josep de la Flor i Brú

Comunidad Valenciana: Ramona Mínguez Verdejo

Galicia: Manuel Sampedro Campos

Madrid: María Villa Arranz

Murcia: María Lucía García Mancebo

Navarra: Raimon Pèlach Pániker

Fundación Prandi

Presidente: Fernando García-Sala Vígüer

Vicepresidenta 1ª: María Ángeles Learte Álvarez

Vicepresidenta 2ª: María Prandi Chevalier

Secretaria: Ángela Casquet Barceló

Patronos: Cristóbal Coronel Rodríguez,
Fernando García-Sala Vígüer, Venancio Martínez Suárez,
María Ángeles Learte Álvarez, Ángela Casquet Barceló,
María Prandi Chevalier, José Luis Bonal Villanova

Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SCCALP)

Presidenta: María Jesús Cabero Pérez

Vicepresidente Asturias: Gonzalo Solís Sánchez

Vicepresidente Castilla y León: Fernando Centeno Malfaz

Secretaría General: Lorenzo Guerra Díez

Tesorero: Julián Rodríguez Suárez

Presidente Patronato FESV: Domingo González-Lamuño Leguina

Director del Boletín: Antonio Hedrera Fernández

Director de la página web y redes sociales: David Pérez Solís

Vocal de Atención Hospitalaria: Rocío Sancho Gutiérrez

Vocal de Atención Primaria: Ana Corrales Fernández

Vocal de Cirugía Pediátrica: Isabel Simal Badiola

Vocal por Asturias: Javier González García

Vocal por Ávila: Sara Rupérez Peña

Vocal por Burgos: Gregorio de la Mata Franco

Vocal por Cantabria: Montserrat Matilla Barba

Vocal por León: Jorge Martínez Sáenz de Jubera

Vocal por Palencia: Rebeca da Cuña Vicente

Vocal por Salamanca: Beatriz Plata Izquierdo

Vocal por Segovia: Leticia González Martín

Vocal por Valladolid: Sara Puente Montes

Vocal por Zamora: Víctor Manuel Marugán Isabel

Vocal de residentes por Asturias: Clara Simón Bernardo de Quirós

Vocal de residentes por Cantabria: Julia Marín Rodero

Vocal de residentes por Castilla y León: Mario Iglesias Rodríguez

Comité Organizador y Científico

Presidente Honorífico del Congreso: Corsino Rey Galán

Comité Organizador

Presidenta: Belén Aguirrezabalaga González

Vocales: Isela Fernández Fernández
Laura Lagunilla Herrero
Alba Megido Armada
Leticia Alcántara Canabal
Gonzalo de la Fuente Echevarría

Comité Científico

Presidente: Venancio Martínez Suárez

Vocales: Daniel Mata Zubillaga
Ángeles Cobo Ruisánchez
Toya Rodríguez de la Rúa
Aleida Ibañez Fernández
Elena Taborga Díaz
Francisco Álvarez Caro
Belén Huidobro Fernández

CARTA DE BIENVENIDA



Belén Aguirrezabalaga González
Presidenta del Comité Organizador y secretaria de la SEPEAP

Queridos compañeros y amigos:

Han pasado ya 14 años desde que nuestro compañero Venancio Martínez dirigió el 23 Congreso de nuestra Sociedad en la ciudad de Oviedo. Asturias os recibe nuevamente en el que será el **37 Congreso, esta vez en la ciudad de Gijón.**

La pediatría de Atención Primaria pasa por momentos, cuanto menos, difíciles. No gozamos de todo el reconocimiento y apoyo que deberíamos por parte de las instituciones y soportamos una carga de trabajo cada vez mayor, que unido a una evidente falta de planificación y recursos hace que sean momentos algo complicados para nuestra profesión.

El **Congreso Nacional** de nuestra sociedad siempre ha sido un **punto de encuentro, reencuentro y formación para el pediatra. Nuestra profesión precisa de una constante actualización científica**, desde el primer año de residencia hasta el final de nuestra vida laboral; y es en estas reuniones donde recibimos el apoyo y formación que necesitamos para desempeñar nuestro trabajo diario. Ese trabajo realizado en equipo junto a la enfermería pediátrica, presente también en nuestra sociedad y en nuestro Congreso, con el objetivo de velar por la salud de nuestros niños y adolescentes.

En nombre del **comité científico y organizador de este Congreso**, y de **toda la Junta Directiva**, **esperamos que el programa** que os hemos preparado **cumpla todas vuestras expectativas**. Mi agradecimiento a todos sus componentes, así como a los ponentes y moderadores, ya que de su esfuerzo surgirá un gran evento, estoy convencida.

Asturias os acoge con los brazos abiertos. Gijón, ciudad marítima y abierta al mundo, os recibe y anima a conocer sus rincones, su gastronomía y a disfrutar de unos días inolvidables.

¡Os esperamos!

Índice

TALLERES SIMULTÁNEOS

CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

Moderador: David José Peláez Mata, Madrid
Ponentes: David José Peláez Mata, Madrid
Cristina Granell Suárez, Oviedo

TALLERES SIMULTÁNEOS

TALLER DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Moderadora: María del Carmen Sánchez Jiménez, Salamanca
Ponente: Jesús María Andrés de Llano, Palencia

TALLERES SIMULTÁNEOS

ESTRATEGIAS DE SEDOANALGESIA Y SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

GT PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR PEDIÁTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Ignacio Manrique Martínez, Valencia
Ponentes: Carlos Miguel Angelats Romero, Valencia
Juan Utrero Valiente, Alicante
Ignacio Manrique Martínez, Valencia

TALLERES SIMULTÁNEOS

LECTURA DE ELECTROCARDIOGRAMA EN PEDIATRÍA

Moderadora: Alba Megido Armada, Langreo
Ponente: Aleida Ibáñez Fernández, Oviedo

TALLERES SIMULTÁNEOS

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PEDIATRÍA

Moderador: Francisco Javier Pellegrini Belinchón, Salamanca
Ponentes: Francisco Álvarez Caro, Gijón
Mónica García González, Gijón
Alejandra Méndez Sánchez, Gijón

TALLERES SIMULTÁNEOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: DESDE LA IDEA HASTA LA DIFUSIÓN

Moderadora: Elisa García García, Gijón
Ponente: Daniel Mata Zubillaga, Mieres

TALLERES SIMULTÁNEOS

DERMATOSCOPIA PARA PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Moderadora: Begoña Pelegrín López, Murcia
Ponente: Mireia Serrano Manzano, Barcelona

CURSOS PRE CONGRESO

- 6 **REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: “DE AQUÍ NO TE IRÁS SIN SABER MUCHO MÁS”** 29
Moderador: Julián Rodríguez Suárez, Oviedo
Ponentes: Elena Urbaneja Rodríguez, Valladolid
Adriana Rodríguez Vidal, Pontevedra
- 8 **TALLER BÁSICO**
ECOGRAFÍA PULMONAR PARA PEDIATRAS DE AP 32
Coordinadora: Inés Osiniri Kippes, Figueres. Girona
Generalidades de la ecografía clínica 32
Docente: Inés Osiniri Kippes, Figueres. Girona
Ecografía pulmonar 35
Docente: Luis Ortiz González, Badajoz
- 9 **SEMINARIO SIMULTÁNEO**
LA ENTREVISTA AL ADOLESCENTE 37
Moderadora: Inés Hidalgo Vicario, Madrid
Ponentes: José Casas Rivero, Madrid
José Luis Iglesias Diz, Santiago de Compostela.
La Coruña
- 15 **CONFERENCIA EXTRAORDINARIA**
“JOSÉ DEL POZO MACHUCA”
NUESTRA PECULIAR FORMA DE CRECER: RASTREANDO EL ORIGEN DEL PATRÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NUESTRA ESPECIE 39
Moderadores: Cristóbal Coronel Rodríguez, Sevilla
Belén Aguirrezabalaga González, Gijón
Ponente: Rebeca García González, Burgos
- 16 **MESA REDONDA SIMULTÁNEA**
INFECCIONES RESPIRATORIAS: ¿HAY ALGO NUEVO? 41
Moderadora: Belén Aguirrezabalaga González, Gijón
Virus respiratorio sincitial 41
Ponentes: Fernando Caamaño Viña, Santiago de Compostela. La Coruña
Ana Isabel Dacosta Urbieta, Santiago de Compostela. La Coruña
Irene Rivero-Calle, Santiago de Compostela. La Coruña
Federico Martinón-Torres, Santiago de Compostela. La Coruña
- 20 **Enfermedad neumocócica** 45
Ponente: Josep Marès Bermúdez, Girona
- 23

MESA REDONDA SIMULTÁNEA	
DESABASTECIMIENTO DE FÁRMACOS: ¿POR QUÉ Y HASTA CUÁNDO?	48
Moderador: Venancio Martínez Suárez, Gijón	
Soluciones ante el desabastecimiento de medicamentos: una prioridad para los farmacéuticos	48
Ponente: Alfredo Menéndez Antolín, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias	
Desabastecimiento de fármacos	48
Ponentes: Esther Cobo, Madrid Reyes Castillo Vázquez, Madrid	
CASOS CLÍNICOS	
PUBERTAD NORMAL Y SUS VARIANTES. DIAGNÓSTICO DE PUBERTAD PRECOZ	49
Moderadora: María Moran Poladura, Gijón	
Ponentes: Belén Huidobro Fernández, Gijón Carlos Pérez Méndez, Gijón	
CASOS CLÍNICOS SIMULTÁNEOS	
ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN SITUACIONES URGENTES: RECONOCIMIENTO, EVALUACIÓN Y ESTABILIZACIÓN INICIAL	55
Moderadora: Isela Fernández Fernández, Luarca	
Ponentes: Eva María Fernández Fernández, Gijón María Agustina Alonso Álvarez, Oviedo	
CASOS CLÍNICOS SIMULTÁNEOS	
OFTALMOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA. DERIVACIONES MÁS FRECUENTES	58
Moderadora: Elena Taborga Díaz, Avilés	
Ponentes: Carmen Costales Álvarez, Oviedo Paloma Rozas Reyes, Oviedo	
MESA ENFERMERÍA	
CASOS PRÁCTICOS DE TCA EN PEDIATRÍA	61
Moderadora: Silvia Bernàrdez Carracedo, Barcelona	
Ponentes: Silvia Bernàrdez Carracedo, Barcelona Noelia Rodríguez Blanco, Alicante	
ENCUENTRO CON EL EXPERTO SIMULTÁNEO	
EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONTROL DE LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS. VISIÓN DESDE LA MICROBIOLOGÍA	63
Moderador: Josep de la Flor i Brú, Barcelona	
Ponentes: José María Eiros Bouza, Valladolid Rosario Bachiller Luque, Valladolid	
COMUNICACIONES ORALES	66
PÓSTER CON DEFENSA	83
PÓSTER SIN DEFENSA	117



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Cirugía menor ambulatoria

David José Peláez Mata*, Cristina Granell Suárez**

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid, **Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción

Existen una serie de intervenciones quirúrgicas sencillas, que se pueden llevar a cabo en tejidos superficiales, con anestesia local y tienen pocas complicaciones. Muchos de ellos se realizan de forma programada (extirpación de pequeños quistes, biopsias de lesiones dérmicas, etc.), incluyendo técnicas de criocirugía o de cirugía ungueal. Otros procedimientos se realizan de urgencia, como el drenaje de abscesos o la reparación de heridas. Todos ellos se consideran procedimientos de cirugía menor. La realización de procedimientos quirúrgicos en Atención Primaria Pediátrica es una prestación del Sistema Nacional de Salud desde 1995, y tiene diversas ventajas. Entre ellas permite un mayor acercamiento entre médico y paciente, aumenta el nivel de resolución en Atención Primaria y disminuye la lista de espera hospitalaria por medio de un servicio rápido, accesible y adecuado a las necesidades del paciente¹⁻³.

Deben evaluarse los riesgos y beneficios de cada intervención, tener en cuenta la disponibilidad de medios, además de los conocimientos y habilidades del profesional.

Requisitos. Es imprescindible la valoración individualizada del proceso que se va a llevar a cabo, evaluando beneficios y riesgos en cada caso, realizando la técnica según los conocimientos y habilidades del profesional. Es importante registrar el procedimiento en la historia clínica y asegurar la recogida de muestras y su análisis histológico. Finalmente, se debe garantizar al paciente un seguimiento posquirúrgico apropiado⁴. En caso de duda, el pediatra debe abstenerse de actuar y remitir al paciente al cirujano pediátrico correspondiente⁵.

Tabla I. Instrumental quirúrgico recomendable para llevar a cabo procedimientos de cirugía menor

- Mango y hojas de bisturí
- Pinzas de disección
- Tijera curva y recta
- Pinzas hemostáticas
- Porta-agujas
- Otros: separadores, pinzas gruesas, batea

Para llevar a cabo procedimientos de cirugía menor en Atención Primaria no es preciso un quirófano convencional, pero sí un área adecuada, que incluya preferentemente: camilla y asiento, luz dirigible, mesa, lavabo, contenedor de residuos y material básico de reanimación. El pediatra que realiza el procedimiento quirúrgico debe conocer el instrumental básico de cirugía menor (Tabla I), su correcto manejo y mantenimiento, además de los tipos de suturas y agujas adecuadas para cada tejido y los principios de la anestesia local^{1,5,6}.

Procedimiento quirúrgico

Preparación del campo quirúrgico. Se debe preparar el campo operatorio de forma ordenada:

- Lavado de manos usando jabón especial, aclarando abundantemente y secando con paño estéril.
- Colocación de guantes y bata estériles.
- Organizar el instrumental sobre la mesa cubierta con un paño estéril.
- Preparación del campo quirúrgico: pincelar con antiséptico (povidona, clorhexidina) y delimitar el campo quirúrgico con paños estériles o con un campo fenestrado.

Infiltración del campo con anestésico. Los anestésicos se clasifican por potencia, duración de efecto y toxicidad. Una vez elegido el que nos permita mantener su efecto durante toda la operación, se infiltra el tejido subcutáneo localmente. Se puede formar un habón local, infiltrar en abanico rodeando la lesión o, en caso de herida, infiltrar los bordes, aspirando antes de cada pinchazo para evitar su aplicación intravascular.

La anestesia tópica (EMLA, gel de anestésico, etc.) es sencilla e indolora, pero poco duradera y superficial, por lo que debe usarse como complemento a la infiltración y no como alternativa. Por otro lado se ha comprobado que el gel LAT (lidocaína, adrenalina, tetracaína) puede proporcionar una anestesia adecuada para la reparación de las heridas mediante sutura. Se debe tener especial cuidado en lesiones que sobrepasan la aponeurosis (por el riesgo de lesión de estructuras anatómicas profundas) y en las zonas anatómicas de alto riesgo, como la cara, regiones retroauricular, mandibular y cervical, caras anterior y lateral del codo, cara ventral de la muñeca, cara lateral de los dedos, dorso de pies y manos y regiones axilar e inguinal.

Realización del procedimiento. Debemos seguir los principios de Halsted⁵: disección y manipulación cuidadosa de los tejidos para producir mínima lesión de los tejidos, evitar despegamientos innecesarios, realizar buena hemostasia y aproximar los tejidos sin tensión, mediante la reconstrucción anatómica de la zona de una forma precisa y completa evitando dejar espacios muertos. En caso de exéresis de lesiones, hay que exponerlas adecuadamente respetando la anatomía y permitiendo una cicatrización estética³. Es preciso seguir las líneas de Langer de mínima tensión, dejando márgenes libres. La incisión ideal es fusiforme con una relación de 3:1 entre longitud y anchura.

Para un cierre adecuado de heridas se debe asegurar la hemostasia. Debemos cerrar las heridas sin tensión (que se puede minimizar disecando los bordes subcutáneos) y proceder al cierre directo o por planos (menos tensión y evita espacios muertos). En caso de heridas anfractuosas es preciso reseca los bordes superficiales (técnica de Friedrichs). Para el plano profundo se utiliza una sutura reabsorbible y preferentemente agujas cilíndricas, colocando puntos sueltos preferentemente invertidos, con lo que el nudo queda enterrado en el tejido

Tabla II. Tiempo para la retirada de los puntos de sutura (aproximado)

Localización anatómica	Tiempo (días)
Cuero cabelludo	7
Cara	3-6
Espalda	10-14
Tronco	7-9
Brazos	7
Mano	7-9
Piernas	7-10
Pie	10-14

subcutáneo. La epidermis se aproxima con sutura no reabsorbible con aguja triangular y puntos sueltos o continuos. Existe la opción de usar suturas intradérmicas (reabsorbibles o no) y también de adhesivos biológicos (en zonas sin tensión). El uso añadido de tiritas adhesivas puede reforzar el acercamiento de los bordes, lo que mejora el resultado estético. Finalmente, debe limpiarse la zona con un antiséptico tipo clorhexidina y colocar un apósito.

Seguimiento. Las heridas deben curarse diariamente (limpieza con antiséptico y puede ser necesario cambiar el apósito cada día). Los puntos de sutura no reabsorbibles deben retirarse en un tiempo que varía según la zona intervenida y la tensión (4-14 días), según la indicación precisa del médico (Tabla II).

Complicaciones. Las complicaciones más frecuentes en este tipo de procedimientos son:

- Hematoma y seroma: son acumulaciones subcutáneas de sangre o exudado inflamatorio. Favorecen la infección y la dehiscencia de la herida, y se pueden prevenir mediante la hemostasia cuidadosa, evitar los espacios muertos en el cierre y los vendajes moderadamente compresivos en casos indicados. El tratamiento es el drenaje local o la compresión.
- Infección: colección de pus subcutáneo que se acompaña de enrojecimiento y dolor local. Precisa el drenaje, incluso retirando algún punto intermedio, y curas diarias que permitan la cicatrización por segunda intención.
- Dehiscencia: apertura de la herida por desgarro o tras retirar los puntos. Se previene evitando la tensión excesiva de los bordes al cerrar y dejando los puntos el tiempo preciso para la cicatrización. Si se produce no debe volver a suturarse, sino mantener la herida limpia hasta su cierre por segunda intención.
- Granuloma por reacción al material de sutura.
- Queloides y cicatriz hipertrófica: son el resultado de la cicatrización anormal de la piel lesionada, y son más frecuentes en zonas de tensión. Son difíciles de prevenir y requieren tratamiento específico.

Drenaje de abscesos. Los abscesos son acúmulos de pus bajo la piel que deben drenarse. El tratamiento consiste en la incisión, lavado y drenaje del mismo. El flemón indurado no

debe drenarse prematuramente, sino que debe aplicarse calor local hasta la aparición de una zona fluctuante que indique la localización del pus.

Se prepara un campo quirúrgico idéntico al del cierre de la herida, con suero y abundantes gasas para limpieza del pus, asegurando la toma de muestras para cultivo. La anestesia local es muy poco eficaz. Siguiendo los pliegues cutáneos se incide la zona más fluctuante con el bisturí, facilitando la salida de pus. Posteriormente, se debe irrigar el interior con suero, siendo conveniente dejar un drenaje plástico o una gasa orillada para mantener los bordes abiertos, que deben cubrirse con abundantes gasas que absorban el exudado. Solamente es preciso antibioterapia añadida en casos de celulitis o síntomas sistémicos. Es recomendable el seguimiento diario inicial, irrigando la cavidad con suero salino y cambiando el apósito. Hay que mantener el drenaje hasta que ceda la secreción de la herida.

Beneficios y riesgos de la cirugía menor

- Es un servicio que debe adecuarse a las necesidades del usuario, mejora la relación entre médico, familia y paciente, y aumenta la familiaridad con el ámbito sanitario y los profesionales próximos (centro de salud, pediatra, enfermería). Al desarrollarse en un entorno más próximo y conocido por el paciente, disminuye la ansiedad en torno al problema.
- La realización de técnicas de cirugía menor en Atención Primaria facilita la accesibilidad del paciente a procedimientos quirúrgicos sencillos y puede mejorar el gasto sanitario de forma indirecta, disminuyendo la lista de espera en los Servicios de Cirugía Pediátrica.
- Por definición, las técnicas de cirugía menor tienen bajo riesgo y, tras ellas, no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas, si se dispone de medios técnicos adecuados y una buena capacitación profesional.
- Los resultados finales son similares a los de Atención Especializada.

Bibliografía

1. Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Atención Primaria*. 2003; 32(6): 371-375.
2. Beneyto Castelló F, Moreno Arroyo JM, Navarro Badenes J, García Torán JM, Pascual López L. Cirugía menor en atención primaria. *Revista SVMFyC*. 2000; 8: 57-62.
3. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. *Medicina de familia*. 2003; 13: 285-290.
4. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Atención Primaria*. 1996; 17(2): 142-146.
5. Ramírez Puerta D, López Abuín JMC. Cirugía Menor. Manual de Práctica Quirúrgica y traumatológica en Atención Primaria. Fundación Instituto Ursa del dolor; 2003.
6. De Diego García EM, Fernández Jiménez I, Suárez Castaño C, Trugeda Carrera MS, Sandoval González F. Cirugía mayor ambulatoria en Pediatría. ¿En qué consiste lo que hacemos? *Bol Pediatr*. 2001; 41: 83-90.

Taller de búsqueda bibliográfica

Jesús María Andrés de Llano

Pediatría del Complejo Asistencial Universitario. Palencia

Resumen

En el taller que vamos a realizar sobre búsquedas bibliográficas, se procederá a incluir unas tareas imprescindibles para conseguir un adecuado resultado:

1. Plantear la pregunta de investigación: es necesario presentar una pregunta clínica estructurada con un formato (denominado PICO) que incluya: el tipo de paciente o problema de interés; la intervención, exposición o prueba a evaluar; la intervención, exposición o prueba a comparar; y la variable de medición de resultado.
2. Elección de los términos de la búsqueda: se describirán las técnicas para el uso de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y del tesoro *Medical Subject Headings* (MESH).
3. Elección de las fuentes bibliográficas:
 - Fuentes primarias (revistas o libros).
 - Fuentes secundarias (bases de datos internacionales –*Medline*, *Embase*, *WOS*, *CINAHL*– o nacionales –*ME*, *IBECS*–, etc.).
 - Fuentes terciarias (*Cochrane*, *Guiasalud*, *National Guideline Clearinhouse*, *Uptodate*, *Tripdatabase*...).
4. Elección de la estrategia de búsqueda más adecuada (depurando los archivos obtenidos).
5. Analizar los resultados obtenidos desde el punto de vista crítico.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Estrategias de sedoanalgesia y su aplicación en Atención Primaria

GT para el abordaje del dolor pediátrico en Atención Primaria

Carlos Miguel Angelats Romero*, Juan Utrero Valiente**, Ignacio Manrique Martínez***

*Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital Francesc de Borja. Valencia. **Médico especialista en Pediatría y sus áreas específicas de HLA Vistahermosa. Alicante. ***Director en Instituto valenciano de Pediatría. Valencia

Introducción

El dolor y la ansiedad son comunes en los niños que necesitan una intervención, ya sea una vacuna, la adquisición de una muestra de sangre, la reparación de una herida o incluso la cura de la misma.

Se sabe que la falta de un adecuado abordaje del dolor puede conllevar problemas a corto plazo como dolor, agitación y estrés para el paciente, los padres e incluso el personal sanitario pudiendo perjudicar el tratamiento, aumentando los errores y afectando a los resultados finales (muestras de sangre alteradas, lesiones, o cicatrices poco estéticas). Entre los problemas a largo plazo destacan tanto la hiperalgesia en futuros procedimientos, como mayores niveles de ansiedad exagerados previos a nuevas consultas.

Se han descrito medidas no solo farmacológicas sino también físicas y psicológicas para manejar el dolor en pacientes pediátricos^{1,2}.

Aproximación al paciente con dolor asociado a procedimientos

Para la aproximación al paciente con dolor en general o al asociado a procedimientos tenemos que tener en cuenta varios pasos o evaluaciones para optimizar el manejo y minimizar posibles errores³.

Evaluación de la situación

En un primer momento valoraremos la estabilidad del paciente y mediremos el dolor con alguna de las escalas recomendadas (*FLACC Score*, *Faces Pain Scale*, o *Verbal Numérica*) según la edad del paciente. Posteriormente, nos tendremos que plantear la analgesia, ansiólisis o sedación que requerirá el paciente en función de la patología que presente o el procedimiento al que se le vaya a someter. En este ítem también tendremos en cuenta la situación de los padres y el grado de estrés que presenten^{1,2,4-6}. También es muy útil la Escala de evaluación del dolor pediátrico en Urgencias (Fig. 1).

Evaluación del entorno

En este apartado repasaremos las condiciones de nuestro entorno (material adecuado y suficiente para resolver cualquier complicación secundaria a la medicación y/o al procedimiento), el personal (capacitado y con experiencia en función del tipo de procedimiento) y la situación en la que estemos en ese momento (presión asistencial, otras urgencias o procedimientos, etc.)^{5,7,8}.

Evaluación del paciente

A continuación, recogeremos las condiciones del paciente y el riesgo potencial al administrar analgesia o sedación como son: Los antecedentes médicos (alergias, sedaciones previas, patologías de base, etc.), las horas de ayuno y riesgo de aspiración, que variará en función de la urgencia del procedimiento, la valoración del riesgo ASA (*American Society of Anesthesiologist*) para identificar el riesgo de sedación fuera de quirófano, la valoración de la vía aérea (*Score de Mallampati*, malformaciones craneofaciales, movilidad del cuello) y finalmente el grado de sedación que precisaremos (*Escala de Ramsay*, *Escala de la Universidad de Michigan*)^{4,7,8}.

Manejo del dolor y/o sedación

Posteriormente, elegiremos la “receta” que mejor se adecúe a la situación del paciente teniendo en cuenta las evaluaciones previas.

Como medidas generales siempre tenemos que tener en cuenta la opinión de los padres y buscar un ambiente tranquilo y con poca luz.

Dentro de las técnicas que disponemos podemos dividir las en dos grupos: las no farmacológicas y las farmacológicas.

No farmacológica (Fig. 2 y 3)

Psicológicas. Por un lado, contamos con la *Distracción Pasiva* con materiales como burbujas, los libros y cajas de distracción (*toolkits*), la presencia de los padres, así como técnicas de relajación y respiración. Por otro destacamos la *Distracción Activa* con medidas audiovisuales como *tablets*, proyectores, apps móviles, videojuegos, música e incluso las gafas de realidad virtual^{1,2,9}.

Físicas. Las medidas físicas como el amamantamiento, la succión no nutritiva (tetina), arropar con mantas, mecerlos en brazos, el contacto piel con piel con los padres, y las caricias suaves se deben de permitir mientras no interfieran con el procedimiento. También están descritas otras medidas físicas no farmacológicas como la vibración, el frío y la estimulación no nociva (teoría de gate), para aliviar el dolor^{1,2,4}.

Farmacológica (Fig. 4)

Se prefiere siempre que se pueda asociado a medidas no farmacológicas.

Local. Tópicas, intralesionales y bloqueos nerviosos^{2,4,10}.

Sistémica. Por vía oral, intranasal, subcutánea, intravenosa, intramuscular, inhalada o nebulizada^{1,2,4,10}.

Dolor procedimientos

Por ejemplo, para venopunción, test sanguíneos, suturas, cambios de apósitos.



ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR PEDIÁTRICO
 Grupo de Trabajo para el Abordaje del Dolor Pediátrico en Atención Primaria

ESCALAS CONDUCTUALES

Escala FLAACC-revisada				
Escala no verbal de valoración del dolor en niños con alteraciones neurocognitivas				
PARÁMETRO	0	1	2	Comportamientos individualizados*
CARA	Ninguna expresión particular o sonríe	Hace muecas o frunce el ceño ocasionalmente; parece triste o intranquilo	Hace muecas o frunce el ceño continuamente de susto o pánico; otros*	Labios fruncidos; dientes apretados y rechinar de dientes; ceño fruncido; mirada nerviosa; ojos muy abiertos, que parece sorprendido
PIERNAS	Posición normal; tono y movimiento de extremidades habitual	Incómodo, tenso; temblores ocasionales	Patadas o piernas levantadas; marcado aumento de la espasticidad, temblores o sacudidas constantes; otros*	Piernas y brazos pegados al cuerpo; clonus en una pierna con dolor; quieto y tenso; temblor en las piernas
ACTIVIDAD	Acostado tranquilamente, se mueve fácilmente, respiración rítmica regular	Se retuerce, movimientos tensos o moderados; ligeramente agitado (cabeza hacia adelante y hacia atrás); suspiros o quejidos intermitentes	Arqueado, rígido o con sacudidas; agitación severa; cabeceos; respiración agitada, entrecortada; otros*	Se agarra en el sitio del dolor; asiente con la cabeza; aprieta los puños, levanta los brazos, arquea el cuello; sobresaltos; gira de lado a lado; agita la cabeza; señala donde le duele; se golpea la cara; se muerde la palma de la mano; contiene la respiración
LLANTO	No llanto, no verbalización	Gemidos o gritos; queja ocasional; exabruptos verbales ocasionales o gruñidos	Llantos, gritos o sollozos constantes; quejas frecuentes; otros*	Indica "pupa" o "no"; jadeos, gritos, lloriqueos; gruñidos o respuestas cortas
CONSUELO	Contento y relajado	Gemidos o gritos; queja ocasional; exabruptos verbales ocasionales o gruñidos	Llantos, gritos o sollozos constantes; quejas frecuentes; otros*	Responde a mimos, abrazos, padres, caricias, besos; distante e insensible cuando está con dolor

Puntuación 0: relajado y confortable; **1-3:** discomfort discreto; **4-6:** dolor moderado; **7-10:** dolor severo. *Ejemplos de comportamientos de dolor adicionales identificados por los padres. Es recomendable revisar con los padres/cuidadores para identificar los comportamientos y detalles que puedan indicar dolor

Escala Neonatal Infants Pain Scale (NIPS)		
Valoración del dolor en neonatos (0 días-1 mes)		
PARÁMETRO	0	1
LLANTO	Sin llanto	Presente, consolable
EXPRESIÓN FACIAL	Normal	Gesticulación (ceño fruncido, contracción de párpados, surco naso labial)
PATRÓN RESPIRATORIO	Normal	Incrementado o irregular
MOVIMIENTO DE BRAZOS	Reposo	Flexionados/extendidos
MOVIMIENTO DE PIERNAS	Reposo	Flexionadas/extendidas
PATRÓN DE SUEÑO	Normal	Despierto continuamente

Puntuación 0-2: no dolor - dolor leve; **2-4:** dolor leve - moderado; **> 4:** dolor intenso. La puntuación máxima es 7.

Escala FLACC			
Valoración del dolor en niños entre 1 mes y 3 años			
PARÁMETRO	0	1	2
CARA	Expresión neutra, cara relajada	Mueca o fruncimiento del entrecejo o nariz esporádicos	Mandíbula contraída, temblor del mentón frecuente
PIERNAS	Posición normal, relajadas	Incómodo, inquieto, tenso	Pataleo o elevación de piernas
ACTIVIDAD	Tranquilo, acostado y quieto	Se retuerce, se balancea hacia atrás y hacia delante	Rigidez o movimientos espasmódicos
LLANTO	Ausencia de llanto	Gemidos o lloriqueos con alguna mueca esporádica	Llanto constante, quejas frecuentes
CONSUELO	Tranquilo, relajado	Se tranquiliza al brazo, al habla o al tacto	Dificultad para el consuelo

Puntuación 0: no dolor; **1-3:** dolor leve; **4-6:** dolor moderado; **7-10:** dolor intenso. Se debe observar al niño despierto durante al menos 2-5 minutos si está despierto y durante más de 5 minutos si está dormido.

ESCALAS

Escala de CARAS-REVISADA Valoración del dolor en niños entre 3 y 7 años

Utiliza dibujos de 6 caras con diferentes expresiones según el grado de dolor. Al explicar el significado de cada cara hay que evitar usar palabras como "contento" o "triste" y pedirle al niño que señale la que más se aproxima al dolor que siente. **Puntuación: 0-2:** no dolor; **4:** dolor leve; **6:** dolor moderado; **8-10:** dolor intenso.

Escala numérica Valoración del dolor en niños mayores de 7 años

Esta escala determina diferentes intervalos de dolor y les asignan números de manera que el paciente señala el número que mejor representa la intensidad del dolor que siente, explicándole que "0" significa "ningún dolor" y "10" significa "muchísimo dolor". **Puntuación: 0:** no dolor; **1-3:** dolor leve; **4-8:** dolor moderado **9-10:** dolor intenso.

Figura 1. Escala de evaluación del dolor pediátrico en Urgencias. Fuente: adaptada de Beneyto Ferré I, et al., 2021.

Figura 2. Recomendaciones sobre bienestar de los niños durante las inyecciones.

1. **“Insensibilizar” la piel: anestésico tópico local:**

- **¡Debe ofrecerse siempre!** (Los adolescentes pueden decir no).
- La elección de anestésico tópico dependerá del escenario clínico (facilidad de administración, bajo coste, accesibilidad), uno de los siguientes:
 - EMLA Crema (lidocaina 2,5% y prilocaina 2,5%) [al menos 60 min].
 - 4% Lidocaina Crema anestésica tópica [al menos 30 min].
 - J-tip (inyector sin agujas de lidocaina) [efectiva en 1-3 minutos].
 - Tetracaina 0,5% [30-45 minutos].

2. **Sacarosa o lactancia materna para niños de 0-12 meses:**

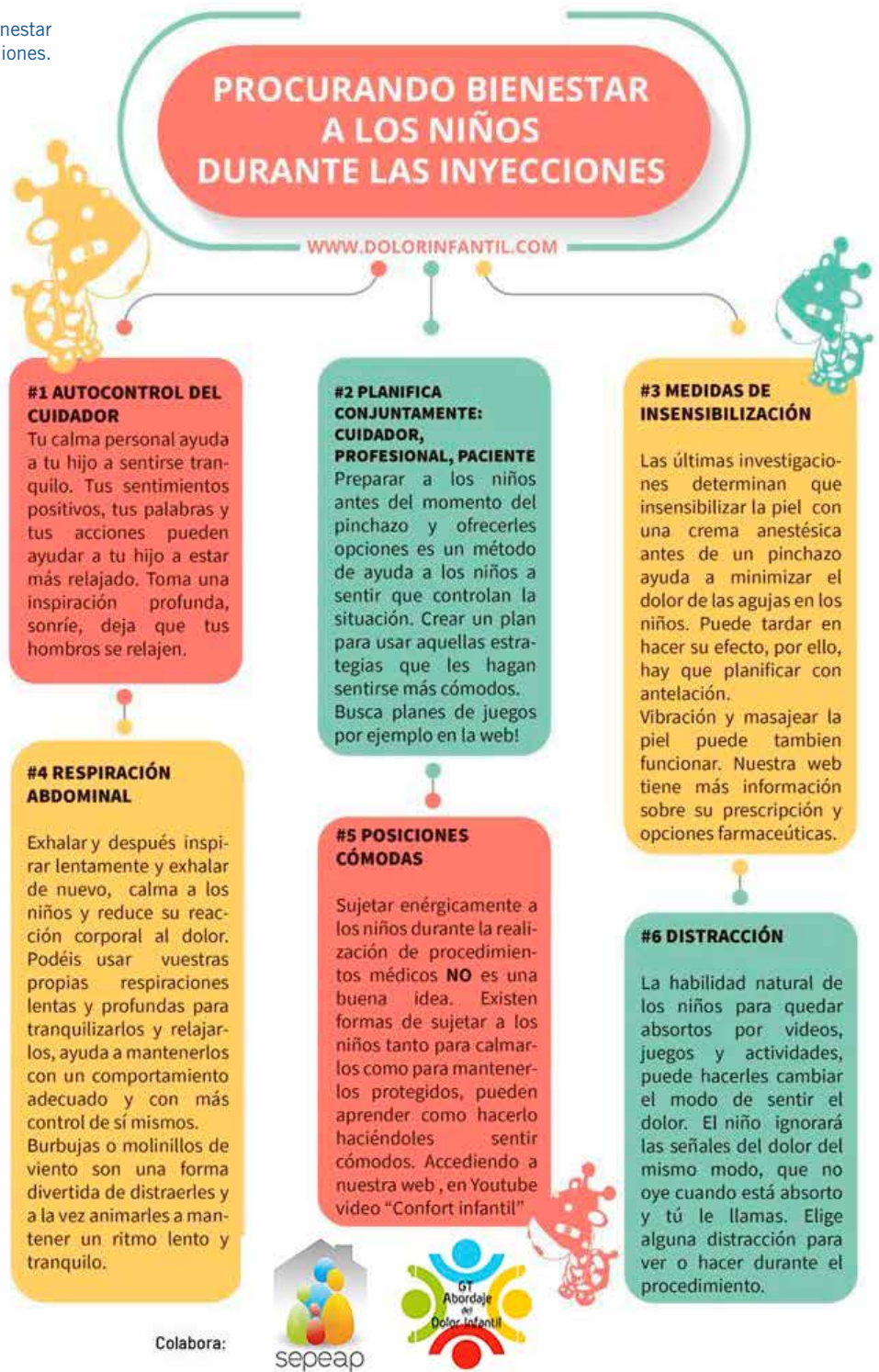
- Reduce el dolor y llanto durante procedimientos dolorosos.
- Dosis efectiva (24%): 0,05-0,5 ml (= 0,012-0,12 g).
- Administrar 2 minutos antes del procedimiento, dura unos 4 minutos.
- La lactancia deberá comenzar 2-5 minutos antes del procedimiento y continuar durante el mismo.

3. **Posicionamiento confortable:**

- Niños <6 meses: mantener calientes, envolverlos y usar piel con piel.
- La posición erecta incrementará el apoyo y disminuirá la ansiedad y el dolor, sugerir posición confortable (en las piernas del padre, echado sobre el pecho del padre abrazado).
- Cuando sea posible ofrecer al niño la elección de la posición.
- Animar al padre a estar cerca y abrazar.
- El niño NO debe ser restringido ni sujetado por adultos.

4. **Distracción y terapias integrativas:**

- Identificar modalidades basadas en la edad y desarrollo, posicionamiento, respiración diafragmática, distracción, imaginación, hipnosis, libros, pompas de jabón, molinillos de viento, videojuegos, tablets/Smartphone, “Apps”, “Buzzy”.



- En el momento de la inyección ofrecer rozar o tocar la piel cerca del lugar de la inyección.
 - Coaching paterno: NO se habla del procedimiento, sugerencias de cómo sobrellevarlo, disminuye el estrés del niño y el dolor.
5. **Otros acercamientos farmacológicos:**
- Para procedimientos cortos (retiradas de tubos torácicos) considerar usar opioides de corta duración (p. ej., intranasal fentanilo 1,4 mcg/kg/dosis).
 - Considerar usar óxido nitroso para una sedación mínima para fobias a agujas o ansiedad significativa.

El posicionamiento confortable disminuye el estrés y aumenta la cooperación de los niños durante los procedimientos: (1-4)

- La posición de sentado ofrece mayor sensación de control.
- Permite un contacto estrecho del niño con sus tutores, quienes participan de forma activa y positiva durante el procedimiento.
- Permite una inmovilización segura.
- Es importante que el profesional se adecue al entorno, pero sin perder ergonomía o comodidad para realizar el procedimiento.

ABRAZO DE OSO



- Niños pequeños que requieren distracción
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, otoscopia, lesiones en parte posterior de la cabeza, heridas en extremidades.

ABRAZO DE CANGURO



- Niños mayores que prefieren mayor independencia, pero requieren sujeción.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, sondaje NG, toma de muestras ORL, medicación intranasal.

SENTADO DE LADO



- Niños mayores que prefieren mirar.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en brazo, toma de constantes, otoscopia.

ENVOLVER



- Lactantes.
- Con el niño en brazos o tumbado en la cama abrazado por el tutor.
- Se puede amamantar u ofrecer solución glucosada.
- **Adecuado para:** accesos IV, inyecciones en pierna, toma de constantes.

ABRAZO LATERAL



- Niños mayores. Pueden elegir ver o no el procedimiento.
- La pierna cuelga de la camilla lo que favorece la relajación muscular.
- **Adecuado para:** inyecciones en pierna.

TOMA DE MUESTRAS ORL, MEDICACIÓN



- Lactantes y niños pequeños.
- Permite al tutor abrazar y controlar cabeza y brazos.
- **Adecuado para:** toma de muestras ORL, medicación intranasal, nebulizaciones.

ACCESOS IV EN PIE



- Niños pequeños.
- Posición sentada disminuye la movilidad de la pierna.
- **Adecuado para:** accesos IV en pie.

EN RANA



- Lactantes (tumbados sobre el tutor), niños pequeños y mayores.
- **Adecuado para:** sondaje vesical, examen pélvico.

Figura 3. Posicionamiento confortable.

P. Forner García, C. M. Angelats Romero, I. Beneyto Ferré, L. Barahona Rondón, T. García Abreu, N. García Aracil, I. Manrique Martínez. Grupo de Trabajo para el abordaje del Dolor Pediátrico en Atención Primaria -Subgrupo dolor agudo en colaboración con la Asociación Nui de llavors.

Evitar errores de medicación al prescribir

- **Escribir las órdenes de modo comprensivo evitando abreviaciones:**
 - Deletrea microgramos para evitar errores de transcripción.
 - Deletrea morfina, para evitar errores de medicación cuando se escribe “ms.”
 - Por kg dosis máxima = 50 kg (> 50 kg = dosis adulto).
- **Evitar errores decimales:**
 - Escribir “0,1” no “,1” / Escribir “1” no “1,0”. Esto puede causar un error de dosis de hasta 10 veces la dosis prescrita.

- NUNCA prescribir volumen [ml], SIEMPRE prescribir dosis [mg o mcg].

Principios de manejo del dolor pediátrico de la OMS

1. Aplicar la OMS escalera de dolor: **NO dar inframedicación**; pasará a los opioides si el control del dolor no es óptimo.
2. Usar medicaciones a la hora del reloj para dolor predecible **MÁS** adicionales dosis disruptivas (**NO solo medicación prn**) a demanda.

No-opioides usados frecuentemente para dolor leve a moderado				
Medicación	Ruta	Dosis pediátricas	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Ibuprofeno	PO	5-10 mg/kg	2400 mg/día	6-8 hrs
Paracetamol	PO, PR	10-15 mg/kg	60mg/kg/día	4-6 hrs
Paracetamol*	IV	1-2 years = 10 mg/kg/dosis >2 years = 15 mg/kg/ dosis >50 kg = 650-1,000 mg	<50 kg = 60 mg/kg/día >50 kg = 1,000 mg/ dosis o 4 g /día	6 hrs
Ketorolaco** (Toradol) OFF LABEL	IV	<2 yrs = 0.25 mg/kg >2 yrs = 0.5 mg/kg	30 mg/día	6-8 hrs
Celecoxib*** OFF LABEL	PO	10-25 kg = 50 mg >25 kg = 100 mg	50 mg 100 mg	12-24 hrs
Metamizol Magnesico	PO	10-15 mg/kg	6000 mg/día	6-8 hrs
Metamizol ****	IV	>1 año 10-15 mg/kg	6000 mg/día	8 hrs

*SOLO si la vía rectal u oral está contraindicada, reevaluación diaria

**No se recomienda administrar más de cinco días

Si los NSAIDs están contraindicados, no está determinada su eficacia y seguridad por debajo de los dos años de edad. *OFF LABEL < 3 meses o 5 kg.

Analgesicos opioides usados frecuentemente para dolor leve a moderado (neonatos a término y niños)

Medicación	Ruta	Dosis pediátricas	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Tramadol*	PO	1-2 mg/kg	6 mg/kg/día	4-6 hrs

*Tramadol tiene un efecto techo. Si se usa por encima de la dosis máxima cambiar a opioides fuerte. Si el dolor persiste o aumenta discontinuar y cambiar a opioides fuerte. NO combinar tramadol con opioides fuertes.

Medicaciones NO recomendadas:

- La Codeína no puede ser recomendada — Hasta un 34% de los niños no tienen efecto analgésico debido a un pobre metabolismo (CYP 2D6). Por otro lado los metabolizadores ultra rápidos producen altos niveles de morfina que pueden resultar peligrosos.
- Los productos combinados con paracetamol no están recomendados.

Opioides Analgésicos usados frecuentemente para dolor moderado a severo (neonatos a término y niños)

<i>Esto representa la dosis inicial. Los niños pueden requerir dosis mayores</i>				
Medicación	Ruta	Dosis inicial pediátrica	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Morfina	IV, SC PO/SL, PR	0.05-0.1 mg/kg 0.15-0.3 mg/kg	5-10 mg 10-15 mg	2-4 hrs
Morfina: analgesia controlada por paciente/enfermera (PCA)		Infusión Basal: 0.015 mg/kg/hr PCA dosis: 0.015 mg/kg *infusión basal recomendada=dosis PCA	Intervalo de Bloqueo = 5-10 minutos	Limite 1 hr max. = 4-6 PCA bolos/hr (e.g., 0.1 mg/kg)
Fentanilo	IV	Bolo: 1 mcg/kg Infusión Continua: 1 mcg/kg/hr	25-75 mcg 50 mcg/hr	10 min-1 hr (bolos)

Antagonista opioideo en manejo de efectos secundarios

Medicación	Ruta	Dosis inicial	Indicación clínica	Intervalo Dosis
Infusión baja dosis de Naloxona	IV	0.5-2 mcg/kg/hr	Efectos secundarios leves-moderado producidos por los opioides como prurito, náuseas y otros. (Efectos moderados a severos: rotación opioidea)	
Naloxona	IV, SC	1-5 mcg/kg 10 mcg/kg	*Revierte la depresión respiratoria dependiente del opioides Revierte la apnea y coma inducida por opioides	2-3 mins

Figura 4. Manejo farmacológico del dolor agudo pediátrico. IV: intravenoso; SC: subcutáneo; PO: oral; SL: sublingual; PR: rectal.

*Considerar el uso de naloxona para la sobredosificación. Si las medidas de estimulación táctil no son efectivas.

Continúa.

Analgesia para neonatos y niños edad 0-6 meses				
Medicación	Ruta	Dosis pediátrica (edad)	Dosis máxima	Intervalo Dosis
Paracetamol	PO, PR	5-10 mg/kg (0-30 días) 10 mg/kg (1-3 meses) 10-15 mg/kg (3-6 meses)	20-40 mg/kg/día 40 mg/kg/ día 40-60 mg/kg/ día	4-6 hrs (max. 4 dosis/ día)
Paracetamol*	IV	<10 kg = 7.5 mg/kg	30 mg/kg/ día	6 hrs
Ibuprofeno	PO	4-10 mg/kg (3-6 meses)	40 mg/kg/ día	6-8 hrs
Morfina	PO/PR/SL	0.075-0.15 mg (0-30 días) 0.08-0.2 mg (1-12 meses)		6 hrs 4-6 hrs
Morfina	IV/SC	0.025-0.05 mg (0-30 días) 0.1 mg/kg (1-6 meses) Infusión (con Bolo de PCA de la misma dosis): 0.005-0.01 mg/kg/hr (0-30 días) 0.01-0.03 mg/kg/hr (1-6 meses)		6 hrs
Fentanyl	IV/SC	0.5-1 mcg/kg (0-12 meses) Infusión (con Bolo de PCA de la misma dosis): 0.5-1 mcg/kg/hr (0-6 meses)		2-4 hrs

* Solo si la administración oral o rectal está contraindicada

Figura 4. Manejo farmacológico del dolor agudo pediátrico. IV: intravenoso; SC: subcutáneo; PO: oral; SL: sublingual; PR: rectal. Continuación.

- Usar la vía más sencilla y menos invasiva cuando sea posible: (p. ej., oral vs IV, NUNCA IM).
- Revisar la constante de dolor y cambiar el plan acordado.
- Siempre integrar las estrategias de no uso de medicaciones en combinación con medicaciones que aumentan el control del dolor (p. ej., abrazos, distracción, técnicas de relajación, masajes hipnosis aromaterapia).

Analgesia multimodal

En situaciones complejas los opioides solos pueden no ser suficientes. Efectiva analgesia con rotación opioidea incluye alguno de estos:

- Paracetamol y/o NSAID/Inhibidor Cox-2.
- Opioides.
- Intervención anestésica (bloqueo nervioso, infusión epidural, etc.).
- Analgésicos coadyuvantes.
- Terapia física e higiene del sueño.
- Psicología.

Negar el dolor

Cuando un niño niega el dolor o lo minimiza se puede considerar que:

- Fue previamente tratado con inyecciones o procedimientos dolorosos.
- Se le ha animado a que sea “valiente”.
- No entiende que el dolor puede ser tratado.
- No entiende las palabras que se usan para preguntar por el dolor.
- Está asustado por los efectos de los medicamentos o por la adicción.
- Está preocupado de que si aún tiene dolor no se le dará de alta como se planeaba.
- Crear que los tubos (NG) no se retiraran hasta que su medicación para el dolor se retire.

Bibliografía

- 2018-06-28_v1.1_Pain_Treatment_BLR_FINAL.pdf [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/222/original/2018-06-28_v1.1_Pain_Treatment_BLR_FINAL.pdf?1530203858.

- Olsen K, Weinberg E. Pain-Less Practice: Techniques to Reduce Procedural Pain and Anxiety in Pediatric Acute Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. marzo de 2017; 18(1): 32-41.
- Pain Assessment and Management Initiative » College of Medicine » University of Florida [Internet]. Citado el 20 de julio de 2018. Disponible en: <http://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/>.
- American Academy of Pediatrics, Section on Anesthesiology and Pain Medicine, Tobias JD, Cravero JP. Procedural sedation for infants, children, and adolescents [Internet]. 2016. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourResources.aspx?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1057965>.
- Cote CJ, Wilson S, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Update 2016. *Pediatrics*. 2016; 138(1): e20161212-e20161212.
- Drendel AL, Ali S. Ten Practical Ways to Make Your ED Practice Less Painful and More Child-Friendly. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. diciembre de 2017; 18(4): 242-55.
- Preparation for pediatric procedural sedation outside of the operating room - UpToDate [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-pediatric-procedural-sedation-outside-of-the-operating-room?search=Preparation%20for%20pediatric%20procedural%20sedation%20outside%20of%20the%20operating%20room&source=search_result&selected-Title=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Meredith JR, O'Keefe KP, Galwankar S. Pediatric procedural sedation and analgesia; 2008. p. 9.
- Koller D, Goldman RD. Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 27(6): 652-81.
- Procedural-pain-blr-final-reformatted-aug-2017.pdf [Internet]. Citado el 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/164/original/procedural-pain-blr-final-reformatted-aug-2017.pdf?1505225147>.

Lectura de electrocardiograma en Pediatría

Aleida Ibáñez Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

El electrocardiograma (ECG) es una exploración complementaria de bajo coste y accesible en la práctica pediátrica diaria. Se trata de una herramienta muy útil que permite obtener información de manera inmediata. Sin embargo, la tarea de sentirnos seguros cuando nos enfrentamos a un ECG no siempre resulta fácil.

Los pediatras tenemos que ser capaces de identificar un ECG normal en cualquiera de las etapas de la edad pediátrica y también de reconocer los signos que son claramente patológicos. Estos son los objetivos de este taller.

El ECG en la edad pediátrica es diferente al del adulto, de ahí la importancia de utilizar un método sistemático a la hora de interpretarlo¹.

En los recién nacidos y lactantes existe un predominio del ventrículo derecho, y no es hasta los 3-4 años cuando el ECG comienza a parecerse al trazado adulto.

De manera resumida, podemos decir que el ECG pediátrico tiene las siguientes características:

1. La frecuencia cardíaca es dependiente de la edad y superior a la del adulto.
2. La duración de los intervalos (PR, QRS, QT) es inferior a la del adulto y aumenta de manera progresiva con la edad.
3. La dominancia del ventrículo derecho en las primeras etapas de la vida se expresa en el ECG con una desviación del eje del complejo QRS a la derecha, y de una relación R/S grande en precordiales derechas y pequeña en las izquierdas.

Además, la onda T es negativa en V1 en lactantes y niños, muchas veces hasta la adolescencia, excepto en los 3 primeros días de vida que suele ser positiva².

Aunque la colocación de los electrodos en la edad pediátrica es igual que en los adultos, para reducir los artefactos producidos por el movimiento en los niños, puede ser útil colocar los electrodos de los miembros en el origen de las extremidades. En cuanto a las derivaciones precordiales, es preciso recordar que la disposición de los electrodos ha de ser más o menos horizontal, lo que no siempre resulta fácil, sobre todo en neonatos y lactantes pequeños.

De esta manera, cuando nos enfrentamos a la interpretación de un ECG en la edad pediátrica, debemos considerar los cambios normales que tienen lugar en el crecimiento y conocer los valores normales de frecuencia, amplitud y duración de intervalos según la edad del niño³.

Bibliografía

1. Granados Ruiz MA. Aprendiendo a leer el ECG pediátrico con casos clínicos. Esta va a ser la definitiva. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 141-147.
2. Park MK, Salamat M. Park's Pediatric Cardiology for Practitioners. 7.ª edición. Filadelfia: Elsevier; 2020.
3. Pérez-Lescure FJ. Guía rápida para la lectura sistemática del ECG pediátrico. En Lúa Ediciones [en línea]. Consultado el 13 de enero de 2023. Disponible en: <https://www.luaediciones.com/ecg2016/index.php>.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Evaluación de la función pulmonar en Pediatría

Francisco Álvarez Caro, Mónica García González, Alejandra Méndez Sánchez

Unidad de Neumoalergia infantil. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

El diagnóstico de asma en Pediatría es eminentemente clínico, especialmente en pacientes no colaboradores. Una historia de síntomas crónicos o intermitentes sugestivos, junto con exploración física compatible, sugiere su presencia. La confirmación se basa, si es posible, en la demostración de obstrucción reversible, hiperreactividad bronquial o variabilidad de función pulmonar y exclusión de otros diagnósticos.

En niños no colaboradores (menores de 5-6 años), es infrecuente necesitar pruebas complementarias; mientras que, por el contrario, en niños colaboradores siempre es deseable el diagnóstico funcional de la enfermedad. Dentro de las pruebas de función pulmonar destaca la espirometría forzada, realizable por la mayoría de niños mayores de 6 años. Es útil para el diagnóstico, pero especialmente para el seguimiento, al tener menor rentabilidad diagnóstica que en adultos, dado que el volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV1) suele ser normal incluso en formas graves. Por tanto, una espirometría normal no excluye el diagnóstico¹.

Para la realización de una espirometría es deseable disponer, por un lado, de un espacio sin ruidos o elementos de distracción y, por otro, de un mínimo de equipamiento consistente en: báscula y tallímetro, mesa y silla con brazos y respaldo, espirómetro, boquillas no deformables, filtros y pinzas de oclusión nasal.

Es importante tener presente que, previo a la realización de una espirometría, es aconsejable entregar una serie de recomendaciones verbales e, idealmente, por escrito, que expliquen someramente el procedimiento y especialmente indiquen los fármacos o las circunstancias a evitar en las horas previas que pudieran interferir con el resultado de la prueba (Tabla I).

A la hora de realizar una espirometría es fundamental fomentar un entorno y ambiente atractivo. Se debe posicionar idealmente al paciente sentado con la espalda recta, aunque en niños está aceptado que pueda realizarse igualmente de pie. Una vez colocada la pinza de oclusión nasal (si bien su uso no es imprescindible), se procederá a la realización de la maniobra que podrá variar en función del espirómetro utilizado y las preferencias/colaboración del niño. Una primera opción consistirá en inspirar de forma rápida, cogiendo todo el aire hasta alcanzar la capacidad pulmonar total (TLC), para posteriormente introducir la boquilla en la boca, cerrando los labios y sujetándola con los dientes, y sin haber realizado una pausa mayor de 2 segundos espirar enérgicamente de forma continua, eliminando completamente el aire de los pulmones hasta alcanzar el volumen residual (RV). De forma complementaria, se puede completar la prueba inspirando fuerte hasta alcanzar la TLC para poder valorar el asa inspiratoria de la curva. La segunda opción consistiría en sujetar la boquilla de igual forma a la descrita previamente, respirar a volumen corriente durante varios ciclos para posteriormente inspirar de forma rápida hasta alcanzar la TLC. Sin realizar una pausa mayor de 2 segundos, espirar de forma forzada, con el máximo esfuerzo y rapidez, todo el aire hasta alcanzar el RV. De forma complementaria, al igual que la opción anterior, se puede completar la prueba inspirando fuerte hasta alcanzar la TLC para valorar el asa inspiratoria de la curva.

Uno de los aspectos más importantes y no siempre valorados mercedamente, es el papel del técnico que realiza la supervisión de la prueba, que debe de estimular al niño verbal y gestualmente para que le incite a realizar una inspiración máxima, una espiración de manera brusca, y a prolongar el esfuerzo espiratorio todo lo posible, para alcanzar un mínimo de 2 o 3 maniobras adecuadas.

Los parámetros a considerar en la interpretación de una espirometría son: el volumen FEV1, la capacidad vital forzada (FVC) y la relación FEV1/FVC. Esta última se correlaciona mejor con la gravedad del asma, considerándose obstrucción si es <80-85 %², o incluso para algunos autores si se sitúa por <90 %³. En relación al resto de parámetros, se consideran normales valores de FEV1 y FVC ≥80 %. Otros parámetros que pueden ser valorados en una espirometría son los mesoflujos (flujo espiratorio forzado entre el 25 y 75 % de la FVC [FEF 25-75]), que en caso de presentar valores <65 % pudieran correlacionarse con una obstrucción reversible en niños con FEV1 normal⁴. Si bien los espirómetros actuales seleccionan la mejor de las curvas obtenidas por parte del paciente, idealmente se seleccionarán los mayores valores del FEV1 y la FVC de cualquiera de las maniobras aceptables (incluso

Tabla I. Fármacos y circunstancias a evitar previo a la realización de una espirometría

Fármacos y circunstancias	Tiempo de suspensión previa recomendado
B2 agonistas de acción corta inhalados	6-8 horas
B2 agonistas de acción corta orales	24 horas
B2 agonistas de acción larga inhalados	12-24 horas
Anticolinérgicos de acción corta	6 horas
Teofilinas de acción corta	12 horas
Teofilinas de acción retardada	36-48 horas
Cromoglicato	8-12 horas
Nedocromil	48 horas
Antihistamínicos	48 horas-7 días
Corticoides inhalados	No necesaria retirada
Corticoides orales	No necesaria retirada
Antileucotrienos	No necesaria retirada
Bebidas con cafeína o gaseosas	2 horas
Comidas copiosas	2 horas
Ejercicio físico	30 minutos

Tabla II. Criterios de aceptabilidad y repetibilidad

Criterios de aceptabilidad	Criterios de repetibilidad
<p>Subjetivos (dependientes del técnico)</p> <ul style="list-style-type: none"> – El inicio de la espiración, tras la inspiración máxima, ha sido rápido y sin indecisión – Ha realizado un esfuerzo adecuado – Ha realizado una espiración continua sin rectificaciones – Sin tos o maniobra de Valsalva o cierre de glotis – No fugas ni obstrucción en la pieza bucal <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comienzo con volumen extrapolado menor del 5 % de la FVC o 0,150 L (en preescolares inferior al 12,5 % de la FVC o 0,08 L) – Tiempo de espiración forzada (FET) ≥ 2 segundos en niños entre 6-8 años, ≥ 3 segundos en niños entre 8-10 años y ≥ 6 segundos en niños mayores de 10 años. En los niños menores de 6 años debe intentarse que la duración de la maniobra no sea inferior a 1 segundo – Consecución de una meseta al final de la espiración (curva volumen-tiempo) – Las curvas deben tener una forma apropiada, libres de artefactos, sin pérdidas y sin inicio retrasado o finalización prematura. La finalización será adecuada cuando se observa que la curva flujo/volumen “aterriza” suavemente y no cae o se interrumpe de forma brusca – Los criterios de aceptabilidad para el FEV1 y FVC deben considerarse por separado. En el caso del FEV1 solo en el primer segundo, mientras que el de la FVC durante toda la maniobra espirométrica 	<ul style="list-style-type: none"> – Los dos mejores valores de FVC no difieren entre sí más de 0,150 L y los dos mejores valores de FEV1 no difieren entre sí más de 0,150 L – En el caso de que la FVC sea igual o menor de 1 L (habitualmente, niños preescolares de 2-6 años), se exige que estas diferencias no sean mayores de 0,100 L o 10 % del valor más alto (el que sea mayor de los dos)

aunque sus valores no sean de la misma maniobra), mientras que el resto de parámetros se obtendrían de la curva satisfactoria con mayor suma de FVC y FEV1.

Más allá de valorar los parámetros anteriormente expuestos, es igualmente importante valorar la forma de la curva, especialmente de la curva volumen-tiempo, donde el volumen se encuentra en el eje de ordenadas y el tiempo en el de abscisas, en la que su comienzo debiera ser con un rápido ascenso para continuar con una meseta posterior, y de la curva flujo-volumen en la que el flujo se encuentra representado en el eje de ordenadas y el volumen en el de abscisas (Fig. 1). Esta curva debiera tener igualmente un ascenso rápido y marcado hasta alcanzar el pico (pico de flujo espiratorio [PEF]) para iniciar un descenso suave hasta cortar el eje de abscisas. Antes de interpretar una espirometría debemos comprobar que cumpla unos criterios mínimos de aceptabilidad y repetibilidad que la hagan valorable (Tabla II). En este sentido, en niños se requieren al menos 2 maniobras aceptables, mientras que en adolescentes se serían 3.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la espirometría, podemos identificar tres patrones básicos: obstructivo, restrictivo y mixto. El patrón obstructivo se caracteriza por la disminución de la relación FEV1/FVC y del FEV1, con una FVC normal (o ligeramente disminuida) y un FEF25-75 % también disminuido. La curva flujo-volumen evidenciará una concavidad en su asa descendente. El patrón restrictivo se caracteriza por una relación FEV1/FVC normal o aumentada, con una disminución de la FVC, mostrando la curva flujo-volumen una morfología normal, pero en pequeño tamaño, mientras que el patrón mixto muestra alteraciones de ambos patrones. La morfología de la curva en los distintos patrones se recoge en la figura 2.

Para tratar de evidenciar una reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo, propia de la enfermedad asmática, se debe realizar una prueba de broncodilatación (PBD). Consiste en la realización primero de una espirometría basal con posterior repetición tras administración de broncodilatador (400 μ g de salbutamol). Tiene utilidad para el diagnóstico de asma y debe realizarse rutinariamente, incluso con valores basales normales

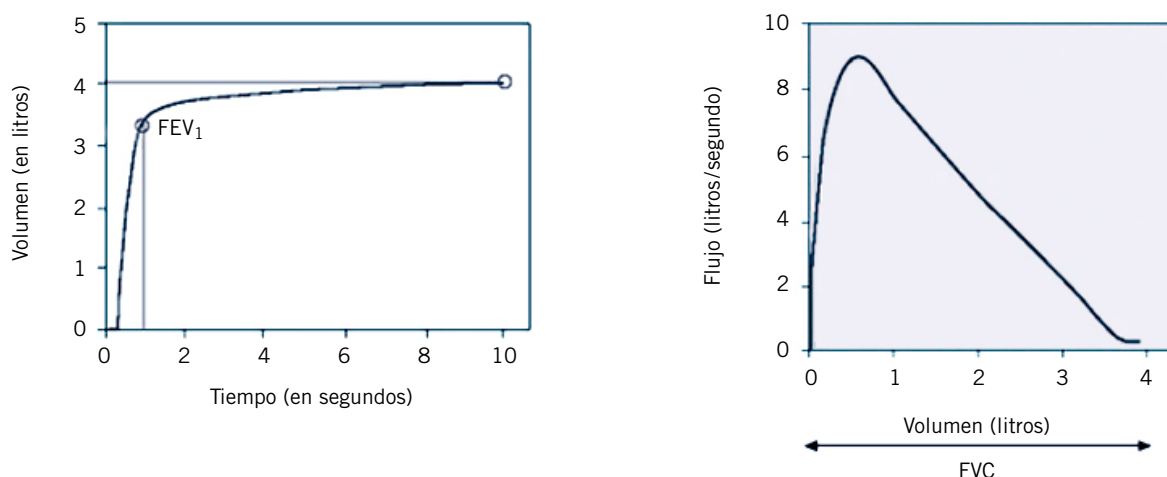


Figura 1. Curva volumen-tiempo y curva flujo-volumen. Adaptada de Taller de espirometría. Grupo de vías respiratorias AEPap. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._359-372_espriometria.pdf.

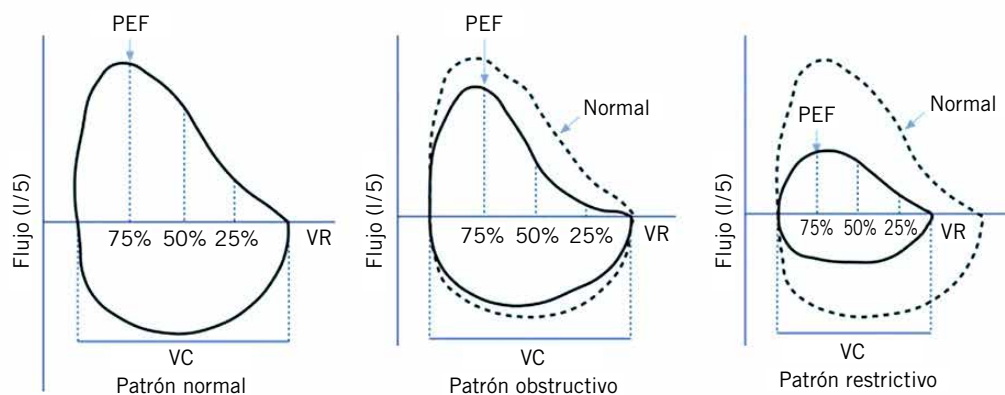


Figura 2. Morfología de la curva flujo-volumen en los distintos patrones espirométricos.

de FEV1. La mayoría de niños tiene un asma intermitente o leve, por lo que en muchos es negativa, sin que ello excluya el diagnóstico. Se considera positiva un aumento del FEV1 $\geq 12\%$ respecto al valor basal o $> 9\%$ respecto al valor teórico.

Cuando el diagnóstico de asma continúa siendo incierto, pueden ser útiles pruebas de provocación bronquial para demostrar hiperreactividad bronquial inespecífica. Se pueden utilizar estímulos, como el ejercicio físico o agentes, tanto directos (metacolina o histamina) como indirectos (adenosina monofosfato, manitol o solución salina hipertónica). Se considera positiva una caída del FEV1 respecto al basal $\geq 12\%$ o 10% en adolescentes⁵. El test de esfuerzo es fácil de realizar y reproducible, con alta especificidad, siendo el de elección en niños. Su interpretación debe hacerse junto a la clínica, puesto que la HRB no es exclusiva de asma. La técnica consiste en realizar primero una espirometría basal forzada para posteriormente realizar carrera libre durante 6 minutos, con la intensidad suficiente para alcanzar una frecuencia cardíaca superior al 85 % de la frecuencia máxima para su edad, junto con una finalización brusca. Tras ello, se realizarían espirometrías seriadas (0-2 minutos de cesar el esfuerzo, a los 5, 10, 15 y opcionalmente 20 y 30 minutos [salvo que el FEV1 baje de forma significativa previamente, momento en el que se suspenderá la prueba y se le administrará un broncodilatador al paciente]). Se debe tener presente que la máxima broncoconstricción suele ocurrir entre 3 y 15 minutos tras finalizar el ejercicio.

El asma no solo se puede estudiar desde el punto de vista funcional, sino que dado el carácter inflamatorio de la enfermedad, es útil observar el grado y el tipo de inflamación que presenta. A día de hoy, se dispone de técnicas no invasivas que determinan la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO). Se trata de un marcador de inflamación eosinofílica, fácilmente reproducible y reducible por corticoides inhalados, lo que le confiere utilidad, tanto diagnóstica como para monitorizar y ajustar el tratamiento⁶. Se han propuesto distintos puntos de corte que permitirían distinguir el paciente con asma; si bien, su normalidad no excluye el diagnóstico. Se han establecido niveles de normalidad < 35 partes por billón (ppb) para < 12 años y de < 50 ppb para > 12 años². Su determinación se afecta por múltiples factores (dieta, maniobras espirométricas o ejercicio físico previo, corticoides inhalados, tabaco y etnia, entre otros)⁶; por tanto, aunque el FeNO puede ser útil para el diagnóstico en algunos casos, es fundamental utilizarlo en consonancia con otras herramientas para optimizar el tratamiento, especialmente en los casos complejos. Otros métodos para valorar la

inflamación de la vía aérea pueden ser la inducción de esputo o el lavado broncoalveolar.

Tras la valoración funcional e inflamatoria, todo asma con sospecha de influencia alérgica, bien en su génesis o en sus desencadenantes, debe ser evaluada desde el punto de vista alergológico, si bien, debe tenerse presente que la relación entre asma y alergia no es una relación inequívoca. Debe realizarse dicho estudio a todo paciente con sospecha o diagnóstico de asma, independientemente de su edad, si existen indicios de que un alérgeno pueda influir en el desarrollo o control de la misma. Este estudio puede realizarse mediante técnicas *in vivo* (prick test) o *in vitro* (IgE específica). El primero tiene alta sensibilidad y valor predictivo negativo, es fácil de realizar, permite estudiar múltiples alérgenos de forma rápida y sencilla, y tiene excelente perfil de seguridad (reacciones sistémicas $< 1/2.000.000$ de pruebas), siendo la prueba de elección inicial¹. Se testarán, además del control negativo (suero salino fisiológico o gliceraldehído) y positivo (histamina 10 mg/dl), los neumalérgenos más frecuentes de la zona geográfica y los alérgenos sospechosos.

Tabla III. Fármacos y características de los mismos que influyen en la interpretación del *prick test*

Fármacos y circunstancias	Tiempo de suspensión previa recomendado
Antihistamínicos primera generación	- 1-15 días
Antihistamínicos de segunda generación	- 3-10 días
AntiH2	- No influencia
Corticoides orales	- < 7 días dosis bajas no interfieren - > 7 días o dosis altas interferencia en resultados, no consenso sobre tiempo de supresión
Corticoides tópicos (en zona de prueba)	- 1 semana
Inmunomoduladores tópicos (en zona de prueba)	- 1 semana
Cromonas, antileucotrienos, teofilinas y B2 agonistas	- No influencia

La técnica debe incluir personal entrenado en su realización e interpretación, y los extractos utilizados deben ser estandarizados. Se realiza en la superficie volar del antebrazo, puncionando la piel con una lanceta a través de la gota del extracto sin producir sangrado. Se usará una lanceta distinta para cada extracto. Se valora midiendo la pápula generada, considerándose positivo si esta supera los 3 mm de diámetro, teniendo presente que su positividad no se correlaciona necesariamente con la gravedad. El resultado de esta prueba puede verse influenciado por distintos fármacos. Su interacción y el periodo necesario de suspensión del mismo se recoge en la tabla III.

Como alternativa o complemento al *prick test*, se pueden determinar los niveles de IgE específica a distintos alérgenos, siendo este un método cuantitativo, más caro y más lento. Recientemente, se ha perfeccionado el diagnóstico *in vitro* mediante el estudio de alérgenos moleculares que diferencian la sensibilización secundaria a reactividad cruzada frente a la primaria, más posiblemente responsable de la clínica, pudiendo indicar y apoyar la prescripción de tratamiento inmunoterápico específico¹. Es de vital importancia tener presente que los resultados del estudio alérgico, tanto *in vivo* como *in vitro*, no confirman el diagnóstico de alergia, sino solo la sensibilización a determinados alérgenos. El diagnóstico de alergia se establecerá por la positividad en dicho estudio junto con la relevancia clínica a dicho alérgeno, bien por el efecto observado tras la exposición natural o por prueba de exposición controlada.

Como conclusiones, resaltar que siempre que estemos ante un paciente colaborador es de vital importancia tratar de demostrar las características funcionales del asma, siendo mandatorio

la realización de una espirometría basal forzada junto con una prueba de broncodilatación. Asimismo, siempre que se tenga disponibilidad para ello y haya sospechas de influencia en la enfermedad, se debe evaluar al paciente desde el punto de vista alergológico. Finalmente, la evaluación de la inflamación pulmonar eosinofílica puede aportar datos relevantes, tanto para el diagnóstico como para el manejo del asma. En todos estos aspectos, el pediatra de Atención Primaria puede tener un papel activo y ser un pilar importante en su evaluación.

Bibliografía

1. Moral Gil L, Asensio de la Cruz O, Lozano Blasco J. ASMA: Aspectos clínicos y diagnósticos. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019; 2: 103-15.
2. Guía española para el manejo del asma. GEMA 5.0 2020. Disponible en: www.GEMAsma.com.
3. GINA 2019. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Disponible en: www.GINAsthma.org.
4. Simon MR, Chinchilla VM, Phillips BR, Sorkness CA, Lemanske Jr RF, Szefer SJ, et al. Forced expiratory flow between 25% and 75% of vital capacity and FEV1/forced vital capacity ratio in relation to clinical and physiological parameters in asthmatic children with normal FEV1 values. *J Allergy Clin Immunol.* 2010; 126: 527-34.
5. Sardón Prado O, Fidalgo Marrón L, González Pérez-Yarza E. Evaluación básica de la función pulmonar en el niño colaborador. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1: 31-47.
6. Álvarez Caro F, Pérez Guirado A, Ruiz del Árbol Sánchez P, De Miguel Mallén A, Álvarez Berciano F. Óxido nítrico exhalado en el asma infantil. *Arch Argent Pediatr.* 2010; 108: 544-51.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Proyecto de investigación: desde la idea hasta la difusión

Daniel Mata Zubillaga

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias
Profesor externo Universidad de León. Miembro del Grupo de Investigación y Calidad de la SEPEAP

La investigación no es algo imprescindible o parte obligada en nuestra labor como pediatras, centrada habitualmente en la asistencia a los pacientes. No obstante, tiene cada vez más presencia e importancia para nosotros, de distintas maneras¹. Siendo la base sobre la que se produce el avance científico, el tener un papel activo en ella nos permite comprenderla de una manera más completa y mantenernos actualizados de un modo más eficiente². Asimismo, dedicar parte de nuestro tiempo a la investigación puede suponer un importante estímulo profesional, pudiendo llevarla a cabo a muy distintos niveles. Estos abarcan, desde la comunicación de un caso o serie de casos hasta la realización de investigación básica, pasando por todo tipo de estudios³.

La formación como investigador es muy dependiente del trabajo e implicación del propio profesional. Afortunadamente, cada vez contamos con más recursos, muchos de ellos de alta calidad y muy prácticos, a la vez que totalmente accesibles^{4,5}.

En ocasiones, el abordaje de un proyecto de investigación puede resultar abrumador, sobre todo para aquellos investigadores con menos recorrido. A pesar de poseer los conocimientos necesarios, tanto en su campo como en el campo de la investigación, puede resultar difícil aplicarlos. Al igual que lo desarrollado en el taller realizado, intentaremos dar una visión de conjunto de los pasos a seguir a la hora de enfrentarnos a dicha tarea (Fig. 1).

Idea

La investigación podría definirse como: el proceso llevado a cabo para intentar responder preguntas de manera reglada, consistente y eficiente. La idea que nos lleva a iniciar dicho proceso, germen por tanto del mismo, puede surgir de distintas formas, que de manera práctica podríamos agrupar del siguiente modo:

- Necesidad: de optimizar los recursos de que disponemos, de comprobar resultados de nuestro trabajo o de mejorar nuestro entorno profesional.
- Observación: que nos lleva a querer evaluar nuevos recursos u opciones de mejora o intentar explicar la obtención de resultados no esperados.
- Estudio: en ocasiones realizamos una revisión bibliográfica con el fin de actualizar nuestros conocimientos.
- Dedicación: una vez estamos implicados en la investigación, o incluso nos dedicamos a ella de manera profesional, pueden surgir ideas de líneas de investigación previa, de invitaciones a participar en proyectos o como parte de nuestra formación o labor docente.

Y de la idea, surge la pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

Es aquella que intentaremos responder mediante nuestro proyecto de investigación. Para que resulte adecuado intentarlo, ha de tener una serie de características, siendo:

- Factible: podremos ser capaces de abordarla.
- Interesante: está relacionada con nuestro campo e inquietudes.
- Novedosa: no ha sido respondida previamente.
- Ética: la metodología es correcta en este punto.
- Relevante: la respuesta va a resultar útil y aplicable.

Al formularla, en su estructura han de incluirse: los sujetos de estudio, la intervención a realizar, la comparación si es pertinente y el resultado que pretendemos obtener.

Para poder contestar a esta pregunta, hemos de definir la medida principal del efecto.

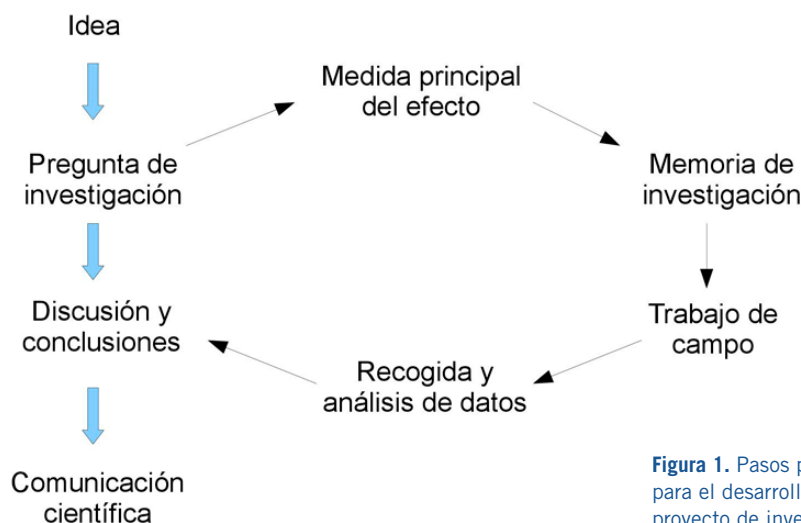


Figura 1. Pasos propuestos para el desarrollo de un proyecto de investigación.

Tabla I. Apartados de la memoria de investigación. Posible aprovechamiento posterior en la redacción de manuscritos con fines científicos (artículos, trabajos fin de grado, tesis doctorales...)

Memoria de investigación		Manuscrito
1. Título, tipo y equipo	Título	1. Título
2. Resumen	Resumen	2. Resumen
3. Antecedentes, justificación y bibliografía	Introducción Bibliografía	3. Introducción
4. Hipótesis	Introducción	
5. Objetivos	Objetivos	
6. Métodos	Material y métodos	4. Objetivos
7. Utilidad esperada		5. Material y métodos
8. Limitaciones	Discusión	
9. Aspectos éticos y legales	Material y métodos	
10. Cronograma y reparto de tareas		
		6. Discusión
		7. Conclusiones
		8. Bibliografía

Medida principal del efecto

Habitualmente, hay varias medidas que podrían dar respuesta a la pregunta de investigación. Es importante elegir la principal de manera correcta, ya que sobre ella va a realizarse todo el diseño del proyecto. Otras medidas serán consideradas secundarias.

Las medidas pueden clasificarse según la importancia de sus resultados, siendo estos, claves o críticos, importantes pero no claves o no importantes. Aunque lo deseable es que la medida principal del efecto sea sobre un resultado clave (p. ej., mortalidad o evaluación de calidad de vida), lo habitual es que sea sobre uno importante (p. ej., tasa de ingreso o evaluación de dependencia), debido a razones de factibilidad.

Con la pregunta planteada y sabiendo qué hemos de medir para intentar responderla, tenemos que empezar a organizar el trabajo, elaborando la memoria de investigación.

Memoria de investigación

Es un documento o texto en el que hemos de describir, de manera detallada, el proyecto que pretendemos realizar⁶. Ha de constar de una serie de apartados, que podemos establecer como se refleja en la tabla I.

Una vez estamos escribiendo, siempre es recomendable aprovechar lo máximo posible el trabajo realizado. Por tanto, varios de los apartados desarrollados pueden equipararse y emplearse en gran parte a la hora de redactar futuros manuscritos, como pueden ser artículos, trabajos de fin de grado o máster o incluso tesis doctorales.

Tras haber planteado el proyecto de investigación, tenemos que programar el “trabajo de campo”, es decir, completar y concretar la selección de sujetos del estudio y los métodos que vamos a emplear.

“Trabajo de campo” (material y métodos)

El esfuerzo ha de centrarse en este momento en integrar todos los métodos para recoger datos en los sujetos del estudio. Es decir, establecer cómo vamos a realizar la recogida de datos para poder iniciarla.

El material, población o pacientes, en nuestro caso habitual, es el conjunto de individuos, objetos o fenómenos, de los cuales se desea estudiar una o varias características. Los estudios no pueden abarcar toda la población, por lo que se trabaja con muestras representativas de la misma, definidas mediante los métodos de muestreo y aleatorización⁷.

La forma de aplicar los métodos de recogida de datos ha de ser planificada cuidadosamente, para minimizar los errores a la vez que maximizamos el aprovechamiento del tiempo y los recursos.

Por fin, una vez terminado el diseño del proyecto y habiendo establecido cómo llevarlo a cabo, es el momento de ponerlo en práctica, recogiendo los datos para después analizarlos.

Recogida y análisis de datos (resultados)

Seguramente, nos encontremos ante una gran cantidad de datos, en ocasiones, abrumadora. Para poder proseguir, hemos de aplicar la estadística, abarcando esta el conjunto de métodos científicos ligados con la toma, organización, recopilación, presentación y análisis de datos. Sin entrar en profundidad, hay dos grandes tipos: estadística descriptiva, que se limita a describir y analizar un conjunto de datos; y estadística inferencial o analítica, que trata de sacar conclusiones sobre una población a partir del análisis de los datos extraídos de una muestra⁸.

Para poder seguir trabajando adecuadamente con los datos y el fruto de su análisis, hemos de seleccionar su forma de presentación. Esta puede ser primaria (texto) o secundaria (tablas, figuras, gráficos, diagramas...)⁹.

Tabla II. Estructura de la discusión

Estructura de la discusión
1. Debatir y explicar los resultados propios
2. Corroborar la fiabilidad y validez de la investigación
3. Interpretar los hallazgos no esperados
4. Confrontar los datos de la investigación con otros similares
5. Reconocer las limitaciones del estudio
6. Discutir las implicaciones teóricas y/o prácticas (valorar el alcance)
7. Marcar futuras líneas de investigación

Llegados a este punto, disponemos de la información fruto del desarrollo de nuestro proyecto. Hemos diseñado y puesto en práctica la forma de recogerla y analizarla, siendo el momento de reflexionar sobre ella, llevando a cabo la discusión y estableciendo nuestras conclusiones.

Discusión y conclusiones (discusión/conclusiones)

La discusión es el momento en que los investigadores se enfrentan a los resultados obtenidos a través de su trabajo. El objetivo es tratar de explicarlos y contextualizarlos, pudiendo ser estructurada como se refleja en la tabla II.

Hemos de intentar demostrar la validez de nuestro estudio, tanto interna (fiabilidad) como externa (ausencia de sesgos). También hemos de subrayar su importancia, remarcando lo novedoso de la información y transmitiendo la utilidad de los resultados. Todo esto ha de llevarse a cabo manteniendo un equilibrio entre objetividad e imaginación, y ponderación y entusiasmo, siendo siempre honestos.

Las conclusiones representan las respuestas del investigador a las preguntas de investigación planteadas en forma de objetivos.

Por fin, hemos completado nuestra investigación. No obstante, el trabajo ha terminado, ya que ha llegado el momento de hacerlo visible para el resto de la comunidad científica y todo aquel que pueda estar interesado.

Comunicación científica

Disponemos de muchos medios para llevarla a cabo. Los más habituales son publicaciones científicas (artículos, libros, congresos)¹⁰, pero también pueden emplearse los medios divul-

gativos (programas de televisión o radio, revistas de divulgación, folletos, soportes multimedia, museos...).

En la actualidad, la comunicación científica está cada vez más en manos del propio autor, gracias a la existencia de nuevos indicadores, el formato digital e Internet. Así, la unidad mínima de información, antes el artículo, ahora son los datos.

Son muchas las razones que podemos encontrar para publicar. Desde simplemente comunicar los resultados de la investigación o revisar un tema concreto, hasta la realización de un proyecto, buscar acreditación y desarrollar la carrera profesional, participar en la docencia a través de cursos o congresos, colaborar en otros proyectos o contribuir al avance técnico.

Bibliografía

- Slora EJ, Harris DL, Bocian AB, Wasserman RC. Pediatric clinical research networks: current status, common challenges, and potential solutions. *Pediatrics*. 2010; 126: 740-5.
- Martínez Suárez, V. Cultura investigadora y mejora asistencial. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 1-2. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-01/cultura-investigadora-y-mejora-asistencial/>.
- Silva Rico JC. La investigación en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2015; XIX: 449-450. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-09/la-investigacion-en-atencion-primaria/>.
- Ochoa Sangrador C. Diseño y análisis e investigación. 1ª ed. Madrid. Editorial IMC. 2019.
- Manual de iniciación a la investigación en pediatría de Atención Primaria de la SEPEAP. Coordinador Venancio Martínez. 1ª ed. Madrid. Editorial Ergon. 2011.
- Díaz J, Ordaz T, Roviralta JE. Guía Metodológica de Investigación en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Colección Editorial de Publicaciones INGESA 2010.
- Jeehyoung K, Wonshik S. How to do random allocation (randomization). *Clin Orthop Surg*. 2014; 6: 103-9.
- Ochoa C, Molina M. Estadística. Tipos de variables. Escalas de medida. *Evid Pediatr*. 2018; 14: 29.
- Lang T, Secic M. How to Report Statistics in Medicine: Annotated Guidelines for Authors, Editors and Reviewers. 2ª edición. Philadelphia. American College of Physicians. 2006.
- Peris Vidal A, Núñez Gómez F. Publicación de los resultados de la investigación. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 821.e1-821.e7. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/publicacion-de-los-resultados-de-la-investigacion/>.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Dermatoscopia para pediatras de Atención Primaria

Mireia Serrano Manzano

CAP Masquefa (EAP Martorell Rural). Barcelona

Introducción

Más allá del ojo clínico, son necesarias herramientas para una correcta evaluación de la piel. La dermatoscopia ha demostrado que mejora la sensibilidad diagnóstica del profesional no experto¹, por eso es importante que el pediatra de Atención Primaria esté familiarizado con su uso.

Es una técnica no invasiva, que facilita la visualización de estructuras de la piel más allá del estrato córneo, amplificándolas *in vivo*, sin los fenómenos de refracción y reflexión de la luz a nivel cutáneo². No es difícil con entrenamiento adecuado, permitiéndonos orientar correctamente numerosas lesiones. Además es ideal en niños, porque no proporciona ninguna molestia, es rápida, silenciosa y usa un aparato de pequeño tamaño, con un aspecto amable que no suele generar rechazo. Por el contrario, requiere que el profesional se forme y entrene para mejorar sus capacidades diagnósticas. Su uso es indiscutible para la gestión de las lesiones pigmentadas, aunque con una orientación muy diferente a la del adulto, debido a la anecdótica incidencia de melanoma en edad pediátrica.

En Pediatría nos ayudará a disminuir el área de incertidumbre entre una lesión benigna y maligna, con un valor predictivo negativo de casi el 100 %². Va a facilitar la gestión de múltiples procesos, entre los que se incluyen procesos infecciosos e inflamatorios. Evita derivaciones prescindibles y la extirpación de lesiones innecesarias, mejorando la seguridad en el manejo de lesiones por parte del profesional que lo utilice. Y casi lo más importante, ayuda a generar un clima de confianza y adherencia con el paciente y su familia.

¿Qué es un dermatoscopio?

El dermatoscopio convencional es un estereomicroscopio manual. Todos incorporan una óptica de aumento (normalmente X10), y una fuente de luz. Pero el dermatoscopio no es solo una lupa, también es un instrumento complejo que permite la correlación de la imagen que vemos a través de él con la histología de la piel. Esto se debe a dos cualidades, por un

lado nos permite la amplificación de la imagen y por otra, va a disminuir el índice de reflexión y de refracción de la luz sobre la superficie cutánea. Este hecho va a permitir ver estructuras anatómicas de la epidermis o de la dermis que no son visibles a simple vista (Fig. 1)². La disminución de la reflexión y de la refracción de la luz sobre la epidermis, va a ser posible, porque los dermatoscopios están dotados de una fuente de luz polarizada o bien por la visualización de las estructuras a través de una interfase líquida.

Tipos de dermatoscopios

Atendiendo a si el dermatoscopio ha de utilizarse con una interfase líquida o posee luz polarizada, tendremos tres grandes grupos de dermatoscopios: de inmersión, de luz polarizada o híbridos³.

- Dispositivos de inmersión en aceite: requieren contacto con la piel y el uso de un medio de interfaz para reducir la dispersión de la luz superficial.
- Dispositivos de polarización cruzada: utilizan luz polarizada para disminuir la dispersión de la luz superficial.
- Dispositivos híbridos: tienen la opción de utilizar la polarización cruzada o inmersión en aceite para reducir la dispersión de la luz superficial.

Para la mayoría de las lesiones cutáneas pigmentadas y no pigmentadas, la DP y la DNP representan imágenes similares. Sin embargo, hay algunas diferencias significativas entre ambas (Tabla 1)³.

Color y estructura en dermatoscopia

La utilidad de la dermatoscopia se apoya en la capacidad que la técnica presenta de visualizar estructuras de la piel que a simple vista no pueden verse y la relación de estas con la histopatología. Pese a su fácil manejo, el dermatoscopio, como hemos indicado con anterioridad, no es solo una lupa, también es un instrumento complejo que permite la observación de la

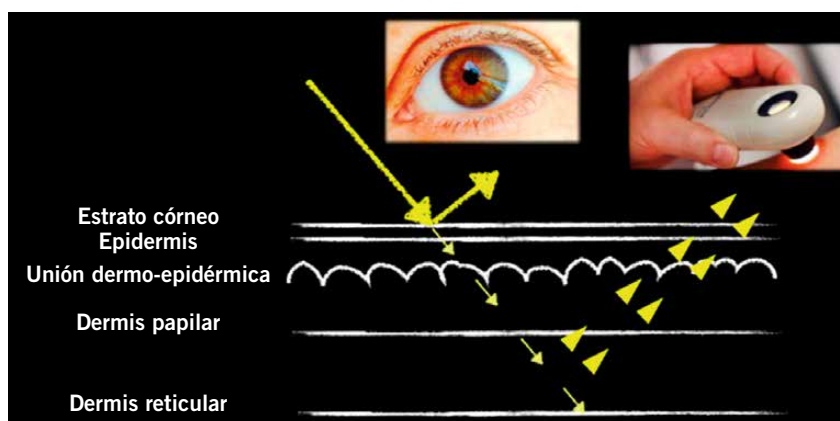


Figura 1. Esquema de la reflexión y refracción de la luz, sin y con la utilización de un dermatoscopio. Fuente: GdT dermatología CAMFiC.

Tabla I. Diferencias entre la visualización de estructuras con un dermatoscopio con luz polarizada o sin ella		
Colores y estructuras	Dermatoscopio sin luz polarizada	Dermatoscopio con luz polarizada
Colores		
Melanina	+	++
Rojo/rosa	++	+++
Azul-Blanco (Ortoqueratosis)	+++	+
Azul-Blanco (Regresión)	+++	++
Estructuras		
Estructuras en pimienta	+++	++
Crisálidas	+/-	+++
Vasos	+	+++
Pseudoquistes de <i>millium</i>	+++	+/-

superposición de las capas cutáneas. Se trata de algo completamente diferente a la imagen vertical obtenida en la anatomía patológica, pero que permite la correlación histológica de la piel.

Para su correcta interpretación, se tienen en cuenta dos tipos de ítems: el color y la estructura de las imágenes que vemos.

Los cromóforos son fundamentales en la dermatoscopia. El más importante sin duda es la melanina. Esta, debido a que posee efecto Tyndall, va a poder observarse de un color determinado en función de su localización en profundidad. Si se halla a nivel muy superficial, se observará de un color casi negro, a nivel epidérmico más profundo se observará de color marrón y si está fundamentalmente en dermis, de color azul-gris. También es posible diferenciar otros cromóforos (Fig. 2). El naranja suele corresponder a material serohemático, el rojo a hemoglobina, el blanco a despigmentación o a cicatrización y el amarillo a queratina².

La manera en que la melanina se dispone en las capas de la piel, ya sea de forma aislada, se agrupe o se concentre a diferentes profundidades, va a determinar la visualización de diversas estructuras dermatoscópicas. Del mismo modo, los diferentes cromóforos que podemos observar, la forma de los vasos, su distribución en el tejido, así como otros elementos, también determinarán la existencia de estas estructuras o parámetros dermatoscópicos.

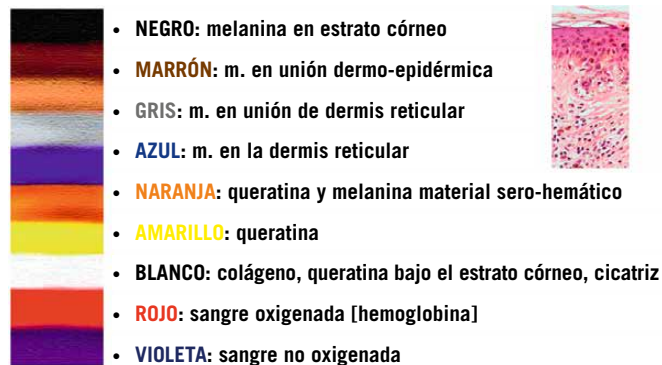


Figura 2. Cambio de color de la melanina en función de su localización en profundidad y diferentes cromóforos.

Fuente: GdT dermatología CAMFIC.

¿Cómo realizamos una exploración dermatoscópica?

Delante de un o una paciente, lo primero que debemos evaluar es el riesgo individual de padecer cáncer de piel. La incidencia de melanoma en la edad pediátrica es muy baja, pero no podemos desaprovechar la magnífica oportunidad de evaluar el riesgo de padecer más adelante cáncer de piel (Tabla II)⁴ y de promover la cultura de fotoprotección en los niños y niñas. Una vez hecho esto, el examen visual sigue siendo de vital importancia, porque nos ayuda a la hora del manejo del paciente que acude para la valoración de una lesión pigmentada.

El método utilizado clásicamente para la evaluación visual de una lesión pigmentada, ha sido el método ABCDE (por las siglas en inglés de *assymetry, borders, colors, diameter* y *enlargement*), impulsado en EE.UU. en la década de 1970 y que cambió el panorama a la hora de describir el melanoma. Así, las lesiones asimétricas, de bordes irregulares, de dos o más colores, con un diámetro superior a 5 mm y que crecen, pueden ser malignas.

Otro método que puede ayudar a identificar lesiones sospechosas es el llamado “método del patito feo”. Los pacientes, en general, muestran un patrón homogéneo en todos sus nevos. Así, una lesión muy diferente a las otras puede sugerir que

Tabla II. Factores de riesgo de melanoma en los niños

- Fototipo I y II de Fitzpatrick (niños pelirrojos o de piel muy clara, con ojos azules, y que se queman fácilmente)
- Predisposición genética
 - Melanoma familiar (asociado a los genes CDKN2A, MC1R y p16 germinal)
 - Inmunodepresión genética o adquirida (xeroderma pigmentoso, inmunodeficiencias hereditarias, inmunosupresión farmacológica o secundaria al cáncer)
- Elevado número de nevos melanocíticos adquiridos
- Nevos melanocíticos congénitos (múltiples, sobre todo, si existe uno >60 cm y alteraciones del SNC asociadas)
- Exposición solar intensa (tanto crónica como intensa y reiterada, sobre todo, si existen quemaduras solares repetidas)

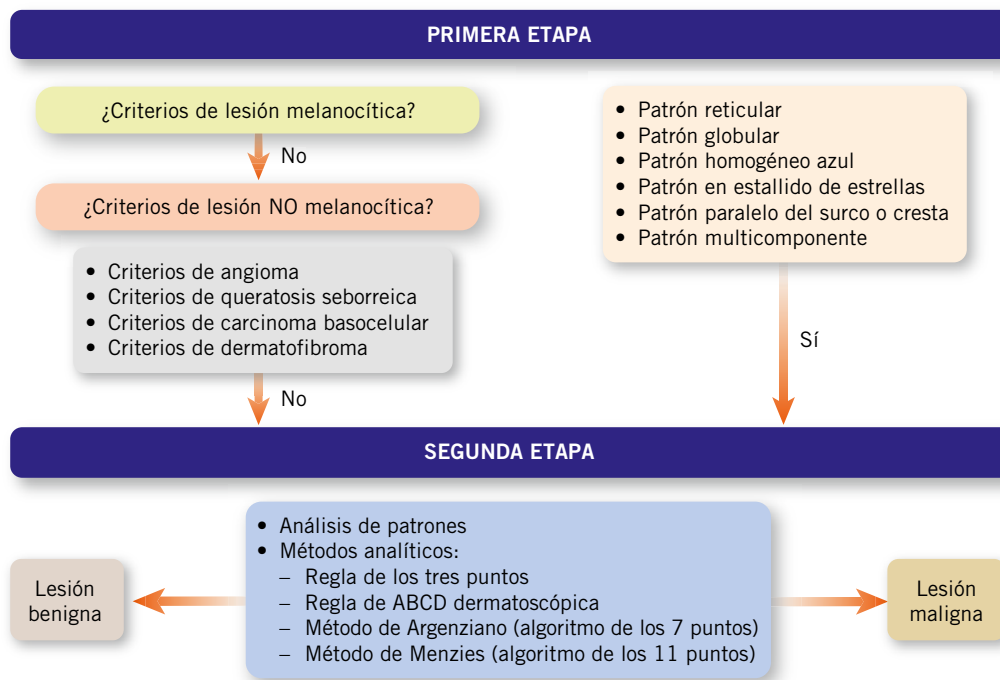


Figura 3. Esquematización simplificada del método diagnóstico en 2 etapas. Fuente: a partir del esquema de Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017; 13: 556-71.

se deba contemplar su naturaleza maligna y actuar en consecuencia.

Pero más allá del ojo clínico, son necesarias herramientas para una correcta evaluación de los nevos, y la implementación de la dermatoscopia en AP puede ayudar a discriminar las lesiones sospechosas de las no sospechosas y disminuir el espacio de incertidumbre entre ambas.

Una vez miramos esa lesión con un dermatoscopio, para la interpretación de las estructuras que observamos, se ha propuesto el diagnóstico dermatoscópico en 2 etapas y varios métodos de análisis de patrones, así como el método de cribado de los 3 puntos de Soyer, de especial importancia al inicio del aprendizaje del uso del dermatoscopio⁵.

Método diagnóstico dermatoscópico en 2 etapas

El método en 2 etapas es un algoritmo de aproximación diagnóstica en dos pasos (Fig. 3). Recordar que este algoritmo tiene limitaciones y no está destinado a la evaluación de lesiones en cara, uñas, mucosas o cuero cabelludo⁶.

En el primer nivel, se decide si una lesión es melanocítica o no melanocítica. Las lesiones melanocíticas son aquellas formadas por un aumento del número de melanocitos y corresponden a los diferentes nevos, pero también al melanoma. Las no melanocíticas contienen aumento de melanina u otros pigmentos, pero no hay un aumento de melanocitos. Típicamente, las lesiones no melanocíticas que podemos diferenciar en este primer paso son: el dermatofibroma, el carcinoma basocelular, la queratosis seborreica y los angiomas o angioqueratomas.

Una vez identificado alguno de los patrones que permiten afirmar que la lesión es de origen melanocítico, se debe aplicar el segundo nivel de toma de decisiones. En este se define la lesión melanocítica como benigna o maligna a partir del análisis del patrón observado.

En el caso específico de la edad pediátrica, cabe decir que la incidencia de carcinoma basocelular o queratosis seborreica es nula, lo que simplifica de manera significativa el algoritmo en dos etapas. Cuando estamos delante de una lesión que presenta

estructuras melanocíticas, nos centraremos en reconocer si es benigna o maligna. Igualmente, si no reconocemos con claridad un dermatofibroma o un angioma-angioqueratoma, nos volcaremos en el segundo nivel del algoritmo en dos etapas, o lo que es lo mismo, en reconocer o no estructuras o patrones de malignidad en la lesión observada.

En una analogía fácil de entender, el reconocimiento de las diferentes estructuras dermatoscópicas se asemejaría al reconocimiento del abecedario cuando un niño empieza a leer. Así pues, la agrupación de estas estructuras en los llamados “criterios dermatoscópicos” sería como el reconocimiento de las palabras.

Siguiendo la misma analogía, el método diagnóstico propuesto en dermatoscopia para las lesiones pigmentadas denominado “método en dos etapas”, sería la capacidad de ese niño de leer frases enteras. Y la capacidad de analizar los patrones observados e inferir si estamos delante de una lesión benigna, sospechosa o maligna, sería la capacidad de leer libros enteros.

Así pues, la dermatoscopia, nos abre una forma totalmente nueva de observar y evaluar la piel, no exenta de dificultad y que requiere un aprendizaje específico.

Algoritmo de los 3 puntos de Soyer

Para simplificar la evaluación de lesiones pigmentarias en Atención Primaria, se propone un algoritmo dermatoscópico simplificado: el método de los tres puntos de Soyer.

Es un método de cribado para profesionales con poca experiencia en dermatoscopia. Ha sido estudiado en médicos de familia y dermatólogos no expertos en dermatoscopia. Se ha demostrado que, al utilizar el dermatoscopio habiendo recibido un entrenamiento básico de 4 horas, la regla de tres puntos aumenta la sensibilidad para detectar lesiones malignas del 69,7 % al 96,3 % en profesionales no expertos en dermatoscopia; aunque no mejora su especificidad⁵. Dada la alta sensibilidad, este método se ha orientado para realizar el cribado y detección precoz de las lesiones cutáneas sospechosas de malignidad. De hecho, es un buen método para iniciarse en la práctica de la

Tabla III. Definición de criterios dermatoscópicos para la lista de verificación de los 3 puntos de Soyer. La presencia de más de un criterio sugiere una lesión sospechosa

Criterio dermatoscópico	Definición	Puntos
Asimetría	Asimetría en color y/o estructuras en 1 o 2 ejes perpendiculares	1
Red pigmentada atípica	Red pigmentada con líneas gruesas y distribución irregular	1
Estructuras blanco-azuladas	Cualquier color azul y/o blanco dentro de la lesión	1

dermatoscopia y se puede utilizar para el cribado de lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas, no siendo necesario realizar previamente el primer paso del algoritmo del diagnóstico en dos etapas.

No obstante, esta regla presenta algunas limitaciones: no es útil para el diagnóstico de melanoma amelanótico y tiene menos validez en lesiones localizadas en zonas acrales, uñas, mucosas y cara⁵.

Evalúa la presencia de tres criterios dermatoscópicos (Tabla III):

1. La asimetría de estructuras o colores.
2. La presencia de red o retículo pigmentado atípico.
3. La observación de estructuras azul-blancas.

La observación de estas características, se puntúa con un punto cada una de ellas. La suma nos dará una cifra; de tal manera que, cero o un punto nos orienta a una lesión posiblemente benigna. La existencia de dos o tres de estos criterios sugiere una alta probabilidad de cáncer cutáneo (incluyendo el carcinoma basocelular y el melanoma) y se recomienda la gestión y el tratamiento de dichas lesiones (Fig. 4)⁵.

Indicar también que toda regla tiene excepciones y aquí la vamos a encontrar en 2 tipos de lesiones.

Por un lado, el patrón de estallido de estrellas, o lo que es lo mismo, la observación de pseudópodos o proyecciones. Este patrón y la presencia de estas estructuras, siempre es sinónimo de lesión que debe gestionarse como posiblemente maligna. Sin embargo, una lesión con un patrón en estallido de estrellas, va a puntuar cero o un punto, si aplicamos la regla de los tres

puntos de Soyer: va a ser simétrica muchas veces, no va a haber retículo, por tanto va a puntuar cero en esta característica, y no va a tener color blanco y/o azul.

De igual forma, un patrón homogéneo azul va a puntuar solo un punto en muchas ocasiones, pero estas lesiones son benignas en su inmensa mayoría, pero debemos realizar una cuidadosa historia clínica, ya que también pueden corresponder a metástasis cutáneas de melanoma maligno.

A continuación, vamos a analizar punto por punto cómo han de aplicarse los tres puntos de Soyer.

Asimetría de estructuras o de colores

La asimetría de estructuras o de colores puede resultar difícil de interpretar al inicio. La presencia de asimetría puntuará con 1 punto, mientras que la simetría en colores y estructuras puntuará con un 0⁵.

No vamos a tener en cuenta cómo es la lesión macroscópicamente, no vamos a darle valor al borde o a la forma de la lesión. Por muy abigarrada que sea la silueta o la conformación de esta, lo importante siempre va a ser qué estructuras y qué colores vamos a observar dermatoscópicamente dentro de ella y cómo se reparten en el espacio (Fig. 5).

Si, al dividir la lesión por cualquier eje y su perpendicular, los cuadrantes resultantes presentan una distribución de colores y de estructuras armónica por toda la lesión, esta será simétrica, aunque sus bordes sean irregulares⁵. En este caso, puntuará con 0 puntos.

Si, por el contrario, hay heterogeneidad de los colores y distribución de estructuras de forma disarmónica o estructuras

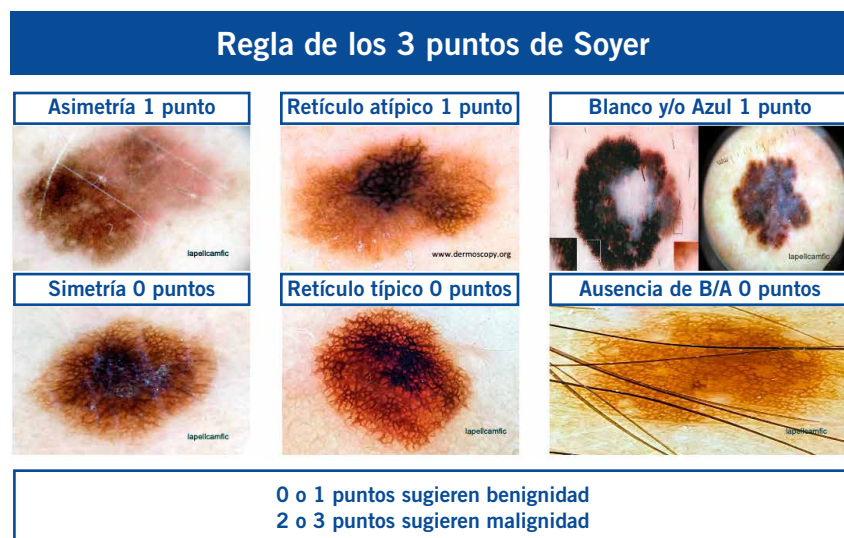


Figura 4. Esquema básico de la regla de los 3 puntos de Soyer.

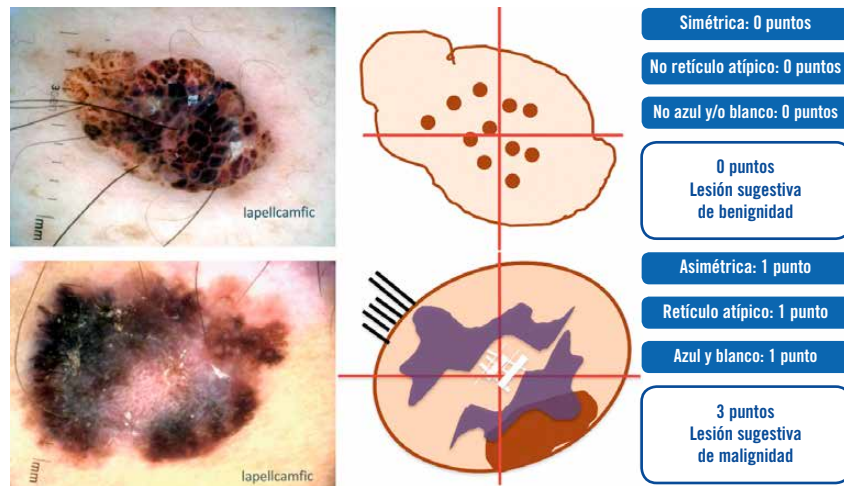


Figura 5. Ejemplo de observación de simetría o asimetría en dermatoscopia. La lesión superior presenta unas estructuras y un color uniforme en toda la lesión, aunque tiene una morfología macroscópica más irregular. La lesión inferior, aun siendo más redondeada, presenta una distribución asimétrica de sus estructuras y múltiples colores. Fuente: GdT de Dermatología de CAMFiC.

diferentes, esta lesión se interpretará como asimétrica, independientemente de su contorno o forma⁵. En este caso, puntúa con 1 punto.

Presencia de retículo pigmentado atípico

La presencia de un retículo pigmentado atípico puntuará con un punto⁵. En la red típica de pigmento se observan orificios regulares con líneas finas y de distribución armónica.

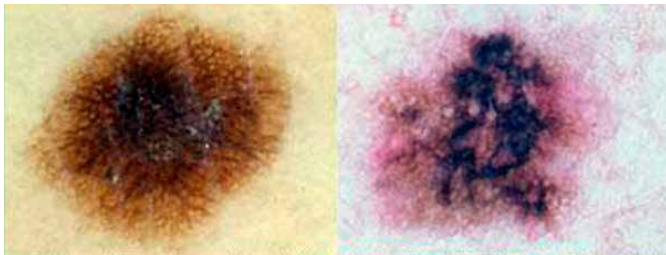


Figura 6. Comparativa entre retículo pigmentado típico y atípico. En la imagen izquierda se observa un retículo pigmentado típico con líneas regulares y finas, con orificios uniformes. En la imagen derecha un retículo pigmentado atípico con líneas burdas, de grosor irregular y orificios no uniformes. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

En cambio, la red atípica de pigmento es un entramado burdo, con líneas gruesas y orificios irregulares en tamaño y distribución (Fig. 6).

Presencia de estructuras azul-blancas

La observación de estructuras azul-blancas se puntuará con un punto⁵. Las estructuras azul-blancas incluyen la presencia de cualquier tipo de color blanco o azul dentro de la lesión (Figs. 7-8), como, por ejemplo: puntos azules en pimienta (ocasionados por la presencia de macrófagos cargados de melamina presentes en un área de regresión), velo azul-blancuecino (significa nidos de células tumorales pigmentadas en dermis, en combinación con hiperqueratosis, en un melanoma invasor), cicatriz blanca nacarada (significa fibrosis en un área de regresión), las líneas blancas nacaradas cortas (crisálidas) o las estructuras azules que se pueden observar en carcinomas basocelulares (nidos ovoides o glóbulos azul-gris).

Hay que recordar que una manera fácil de identificar el color blanco al inicio de la utilización del dermatoscopio, es comparar esta estructura con la piel circundante de la lesión. Si esta estructura es más blanca que la piel circundante sumaremos un punto.

Otra indicación práctica a tener en cuenta, es que se sumará un punto por la observación de color azul y un punto por la

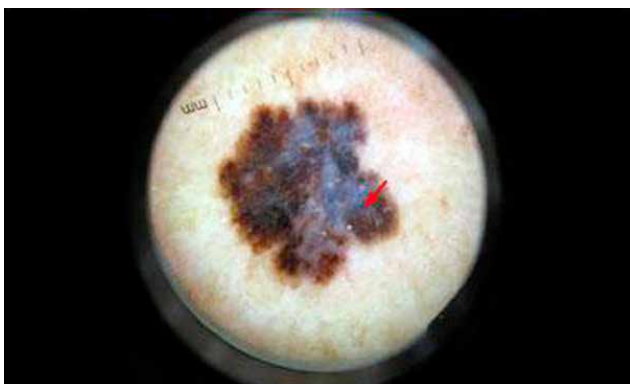


Figura 7. Ejemplo de lesión, donde se observa velo azul-gris (flecha roja). Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

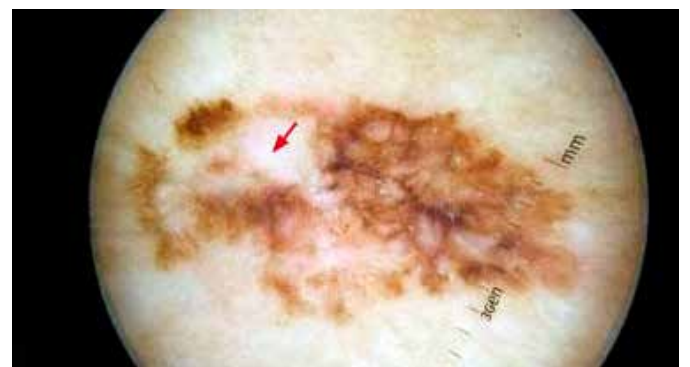


Figura 8. Ejemplo de lesión, donde se observa color blanco (flecha roja). Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

observación de color blanco, pero si observamos en una lesión color azul y color blanco a la vez, solo se sumará un punto.

Ventajas e inconvenientes

La dermatoscopia ha demostrado ser una herramienta útil para el diagnóstico de melanoma, siendo más sensible que la inspección visual, mejorando el examen de las lesiones pigmentarias y permitiendo reducir el número de escisiones innecesarias, sobre todo en pacientes de alto riesgo.

Así mismo, nos puede ayudar en la evaluación de lesiones en el pelo y en las uñas, lesiones infecciosas e inflamatorias.

Es una técnica que no requiere demasiado tiempo en la consulta, siendo un dispositivo fácilmente transportable, puesto que existen en el mercado diversos modelos de pequeño tamaño, cómodos de llevar y disponibles en cualquier momento.

También se comercializan dermatoscopios que nos permiten hacer fotografías de alta calidad para la realización de teledermatología, el almacenamiento de esta imagen en la historia clínica del paciente y su seguimiento.

Una de sus mayores limitaciones es la necesidad de un entrenamiento previo con formación específica y práctica, muchas veces poco accesible para los profesionales de Atención Primaria.

La dermatoscopia es, sin duda alguna, una técnica de gran utilidad en la consulta pediátrica de Atención Primaria, fiable,

de utilidad demostrada y relativamente fácil de utilizar, a un coste económico bajo⁷.

Bibliografía

1. Serrano M. Dermatoscopia en Atención Primaria. AMF. 2017; 13(10); 2136.
2. Mateu T, Vilavella C. Qué es la dermatoscopia y cómo funciona. AMF. 2017;13(10): 543-546.
3. Figueras O. ¿Qué es un dermatoscopio? AMF. 2017; 13(10): 547-551.
4. Anderson J, Hernández A. Trastornos de la pigmentación: lentigos, nevus y melanoma. Fotoprotección. *Pediatr Integral*. 2021; XXV: 194-200. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-06/trastornos-de-la-pigmentacion-lentigos-nevus-y-melanoma-fotoproteccion-2021/>.
5. Serrano M, García D. Método de cribado de la lista de los 3 puntos de Soyer. La regla “salvavidas” en Atención Primaria. AMF. 2017; 13: 572-6.
6. Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017; 13: 556-71.
7. Serrano M, Estapé A. Dermatoscopia para pediatras. *Pediatr Integral*. 2021; XXV: 202.e1-202.e8. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-06/dermatoscopia-para-pediatras/>.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Reumatología pediátrica: “de aquí no te irás sin saber mucho más”

Elena Urbaneja Rodríguez*, Adriana Rodríguez Vidal**

*Consulta de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Hospital Recoletas Campo Grande. Valladolid. Peditra de Atención Primaria en C.S. Cuéllar. Segovia. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Reumatología Pediátrica de la SEPEAP

**Peditra de Atención Primaria en C.S. Caldas de Reis. Pontevedra. Grupo de Trabajo de Reumatología Pediátrica de la SEPEAP

La Reumatología Pediátrica es el área de capacitación específica dentro de la Pediatría que se encarga del manejo integral de la patología músculo-esquelética en la infancia. Dada la falta de formación de muchos de nuestros compañeros en esta área y el interés creciente en esta subespecialidad, se ha creado este mismo año el Grupo de Trabajo de Reumatología Pediátrica dentro de la SEPEAP, con el objetivo principal de mejorar la formación y los conocimientos de los peditras y residentes de Pediatría en este campo.

Por este motivo, se presenta este Curso Precongreso dentro de la reunión anual de la SEPEAP y se estructura en 3 grandes partes: una primera, que aborda la exploración del aparato locomotor en la infancia y una serie de puntos clave para poder orientar la patología reumática; una segunda, sobre sus manifestaciones extraarticulares; y una última práctica e interactiva, a través de casos clínicos para afianzar los conocimientos adquiridos durante la sesión.

Exploración del aparato locomotor para peditras y pistas diagnósticas

Para realizar una correcta exploración del aparato locomotor en la infancia, debemos seguir siempre la misma sistemática de exploración, evaluando todas las articulaciones y la fuerza muscular, pudiéndonos guiar por el pGALS (*paediatric Gait, Arms, Legs and Spine*)¹ o realizando una exploración de manera céfalo-caudal (como la explicada a continuación), comparando siempre un lado con el otro, dejando la zona dolorosa y/o afectada para el final, y evaluando inicialmente la actitud general (valorando posiciones antiálgicas y/o deformidades) y la marcha (cojera)².

Exploración articular

De cada articulación valoraremos 3 parámetros fundamentales: tumefacción (T), dolor a la movilización (D) y limitación del rango de movimiento (L) que asocia.

Empezaremos explorando, en sedestación, la zona cervical con movimientos de flexo-extensión, inclinación lateral y rotaciones. Es importante no olvidar evaluar también la articulación temporomandibular (ATM), ya que puede afectarse en algunos tipos de artritis. Para ello, habrá que colocar las yemas de nuestros dedos índices sobre los cóndilos de la ATM de ambos lados, por delante del trago, y valorar la presencia de crujidos articulares (aparecen cuando hay afectación de meniscos) y evaluar la apertura oral (si existe asimetría, el lado de menor apertura será el afecto, debido a un menor crecimiento de dicha rama mandibular; si la afectación es bilateral, se produce una retromicrognatia característica). Posteriormente, seguiremos con miembros superiores, explorando hombros con movimientos de flexo-extensión, abducción-aducción y rotación interna-externa,

codos con movimientos de flexo-extensión y pronosupinación, carpos con movimientos de flexión dorsal-palmar y desviación radial-cubital y, finalmente, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales y distales, buscando tumefacción en los bordes laterales de cada pequeña articulación y valorando movimientos de flexión completa (puño)-extensión.

Después exploraremos, en decúbito supino, miembros inferiores, comenzando por caderas (articulación más frecuentemente afectada en Pediatría) con la maniobra de Rolling (rodamiento de cada extremidad hacia ambos lados), que evalúa de forma suave las rotaciones interna y externa, posteriormente se realizarán movimientos de flexo-extensión y abducción-aducción. Las articulaciones sacroilíacas se valoran mediante la maniobra de Fabere (cadera en flexión, abducción y rotación externa, apoyando pie sobre rodilla contralateral y estabilizando la pelvis aplicando presión con la mano contraria; es positiva si el paciente refiere dolor glúteo homolateral). A continuación, exploraremos rodillas con movimientos de flexo-extensión y realizando maniobras que pongan de manifiesto la presencia de líquido articular (peloteo rotuliano y signo de la oleada), tobillos mediante movimientos de flexión dorsal-plantar e inversión-eversión, valoraremos también si existe afectación de tarsos, las articulaciones metatarsofalángicas mediante la maniobra de Polluson (la compresión de las cabezas de los metatarsianos produce dolor) y las articulaciones interfalángicas, comprobando si existe tumefacción en los bordes laterales de cada pequeña articulación. También evaluaremos la posibilidad de dactilitis (dedo en salchicha) y de entesitis (dolor en puntos de inserción tendinosa), realizando presión con nuestros dedos en 3 zonas: inserción del cuádriceps en rótula y tuberosidad tibial anterior, inserción del tendón de Aquiles en calcáneo e inserción de fascia plantar en calcáneo y cara inferior de cabeza de metatarsianos; que son típicas de algunas artritis infantiles.

Finalmente, habrá que valorar la presencia de dismetría de miembros inferiores, midiendo la distancia que existe entre la espina ilíaca anterosuperior hasta el maléolo interno de cada lado (las disimetrías >1 cm deben ser estudiadas).

Exploración muscular

La fuerza muscular se puede explorar mediante maniobras sencillas (con el niño tumbado en decúbito supino, indicar que levante la cabeza y después que se siente sin utilizar las manos; con el niño sentado en el suelo la maniobra de Gowers, indicando que se levante sin usar las manos, etc.) y se gradúa en una escala de 0 (máxima afectación) a 5 (fuerza normal). En las enfermedades reumáticas pediátricas con afectación muscular (principalmente dermatomiositis juvenil) se afecta típicamente la fuerza proximal (a nivel de cintura escapular y pelviana).

Además de esta exploración músculo-esquelética, será necesaria posteriormente una exploración general (en busca de manifestaciones extraarticulares), realizar una anamnesis completa y exhaustiva (preguntar por todas las características que acompañan al síntoma guía, antecedentes de infección y/o traumatismo y por antecedentes familiares reumáticos y/o autoinmunes) y diferenciar si el síntoma que presenta el paciente tiene un ritmo inflamatorio (peor con reposo, rigidez matutina, se asocia a patología reumática) o mecánico (peor con movimientos, mejora con reposo)^{3,4}.

Manifestaciones extraarticulares de las enfermedades reumáticas pediátricas

Sabemos que las enfermedades reumáticas en Pediatría se presentan frecuentemente con manifestaciones músculo esqueléticas como síntoma predominante, pero también pueden comprometer otros órganos y sistemas. La exploración articular y muscular siempre debe ir acompañada de una exploración física completa, puesto que ciertos hallazgos extraarticulares pueden ser fundamentales para orientar el diagnóstico⁵.

Además, numerosas manifestaciones sistémicas pueden hacer pensar en la posibilidad de una enfermedad reumática, desde síntomas inespecíficos como la fiebre prolongada o recurrente, hasta otras manifestaciones más específicas, como la afectación renal, cutánea, ocular, respiratoria, neurológica o digestiva. Por su frecuencia, vamos a centrarnos principalmente en las manifestaciones cutáneas y oftalmológicas.

Manifestaciones cutáneas

La afectación cutánea está presente en un gran número de enfermedades reumáticas y, en muchos casos, es la manifestación más característica. Además, en algunas patologías, podemos encontrar manifestaciones cutáneas específicas que serán claves en el diagnóstico. Repasaremos, a continuación, la afectación cutánea de algunas de estas enfermedades.

Artritis idiopática juvenil (AIJ)

La AIJ sistémica cursa con un exantema máculo-papuloso-eritematoso asalmonado, evanescente y de márgenes irregulares, que se exacerba con los picos febriles. Suele afectar a tronco y raíz de miembros y puede ser, en ocasiones, pruriginoso.

La lesión cutánea característica de la artritis psoriásica es la psoriasis, aunque hasta en un 30 % de los pacientes, la artritis puede preceder a la aparición de lesiones cutáneas. La lesión típica es característica y consiste en una pápula o placa eritemato-descamativa de bordes geográficos nítidos, cubierta de escamas nacaradas. La afectación ungueal (como el pitting, la onicolisis o las manchas de aceite) también puede ser sugestiva de artritis psoriásica⁶.

Lupus eritematoso sistémico (LES)

El eritema malar en “alas de mariposa” es la manifestación cutánea más característica del LES. Se presenta de manera aguda y suele respetar los pliegues naso-labiales. En el lupus subagudo podemos encontrar dos patrones: anular policíclico y pápulo-escamoso o psoriasiforme. Ambas formas son fotosensibles y se localizan principalmente en cuello, tronco, raíz de miembros y dorso de manos. También podemos encontrar otras manifestaciones cutáneas inespecíficas (vasculopatía, perniosis, etc.), siendo las úlceras orales más frecuentes en niños que en adultos⁷.

Dermatomiositis juvenil (DMJ)

El diagnóstico de DMJ requiere la presencia de lesiones cutáneas típicas como el eritema o rash en heliotropo y/o las

pápulas de Gottron. Estas lesiones cutáneas se consideran patognomónicas y específicas de la enfermedad. El eritema o rash en heliotropo (66-87 %) es una erupción eritemato-violácea bilateral de los párpados, acompañada en ocasiones de edema palpebral. Las pápulas de Gottron (57-91 %) son lesiones eritemato-violáceas localizadas sobre superficies articulares, predominantemente en metacarpofalángicas e interfalángicas, aunque también pueden aparecer en codos, rodillas y sobre pequeñas articulaciones de los pies⁸.

Otras manifestaciones cutáneas que pueden aparecer en DMJ:

- Eritema en chal: exantema malar y de la zona de cuello y tórax en forma de V que, al contrario que en LES, puede afectar al pliegue nasogeniano.
- Calcinosis: calcificaciones en piel, tejido celular subcutáneo e incluso músculos en zonas de roce (codos, rodillas, hombros, etc.).
- Cambios periungueales.
- Úlceras orales.
- Lipodistrofia.

Esclerodermia

La esclerodermia se puede presentar de diferentes formas clínicas con diferente afectación cutánea. El subtipo más frecuente en población pediátrica es la esclerodermia lineal (41,8-66,7 %), que cursa con una induración lineal y unilateral que afecta principalmente a dermis y tejido celular subcutáneo, seguido de la morfea circunscrita (15-37 %), de la mixta (3-23 %) y de la generalizada (6,6-11 %)⁹.

Manifestaciones vasculares de las enfermedades reumáticas pediátricas

- Fenómeno de Raynaud: se caracteriza por la secuencia: palidez, cianosis y eritema. Puede ser desencadenado por frío, esfuerzo físico o estrés emocional. Es más típico de mujeres y en la adolescencia. Puede ser primario o secundario (como manifestación de un trastorno del tejido conectivo subyacente, principalmente esclerodermia o LES).
- Púrpura: las lesiones purpúricas pueden ser debidas a traumatismos, fragilidad capilar o vasculitis. En Pediatría destaca la púrpura de Schönlein-Henoch, que de forma característica, afecta a extremidades inferiores. Puede ir acompañada de síntomas abdominales, renales, tumefacción periarticular y/o artralgiás (la verdadera artritis es infrecuente). El pronóstico lo marca la afectación renal.

Manifestaciones oculares

Uveítis

El término uveítis engloba a un grupo heterogéneo de entidades clínicas que cursan con inflamación del tracto uveal. Pueden ser: anteriores (cámara anterior), intermedias (vítreo), posteriores (coroides, retina) o panuveítis (afectación generalizada). Las uveítis anteriores pueden ser asintomáticas o presentarse con dolor, enrojecimiento ocular, fotofobia y, en pocas ocasiones, con disminución de la agudeza visual (AV). Las uveítis intermedias y posteriores se caracterizan por disminución de la AV, visión de “moscas volantes” y, ocasionalmente, fotofobia. Repasaremos brevemente las principales causas reumáticas de las mismas:

- La uveítis aguda anterior sintomática es típica de la enfermedad de Kawasaki, las espondiloartropatías HLA-B27 y el TINU (nefritis túbulo-intersticial con uveítis).

- La uveítis crónica anterior es la manifestación extraarticular más frecuente de la AIJ, siendo más frecuente en niñas pequeñas con formas oligoarticulares y anticuerpos ANA positivos, cursando característicamente de forma asintomática, lo que obliga a realizar controles oftalmológicos periódicos¹⁰.
- Las uveítis intermedias, posteriores y panuveítis suelen relacionarse con la sarcoidosis/síndrome de Blau y la enfermedad de Behçet pediátrica.

Conjuntivitis

La presencia de una conjuntivitis no purulenta, en contexto de un cuadro de fiebre persistente de más de 5 días, exantema, adenopatía única laterocervical, cambios en la mucosa oral, labios fisurados o edema en extremidades, debe hacernos considerar la posibilidad de una enfermedad de Kawasaki. También puede aparecer conjuntivitis en algunas enfermedades autoinflamatorias, como en los síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS).

Ojo seco

La presencia de molestias oculares y de sequedad de mucosas pueden ser una manifestación del síndrome de Sjögren juvenil.

Casos clínicos interactivos: repasando lo aprendido

Durante la sesión presencial se presentarán casos clínicos con opción de respuesta múltiple para repasar y consolidar los conocimientos adquiridos.

Bibliografía

1. Foster HE et al. PGALS – Paediatric Gait, Arms, Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2013.
2. Urbaneja Rodríguez E. Exploración articular: con ojos de reumatólogo pediátrico. *Bol Pediatr.* 2018; 58: 170-177.
3. Andreu Alapont E. Exploración del aparato locomotor en Reumatología Pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 2: 1-16.
4. López Robledillo J.C. Anamnesis y exploración física en reumatología. *Pediatr Integral.* 2017; XXI: 219.e1-219.e16. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-04/anamnesis-y-exploracion-fisica-en-reumatologia/>.
5. Tratado de enfermedades Reumáticas de la SER - Sociedad Española de Reumatología. Editorial Médica Panamericana S.A. 2018.
6. Millán Longo C, Murias Loza S. Artritis idiopática juvenil. *Pediatr Integral.* 2022; XXVI: 141-150. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi03/03/n3-141-150_SaraMurias.pdf.
7. Urbaneja Rodríguez E. Lupus y otras conectivopatías en la infancia. *Pediatr Integral.* 2022; XXVI: 163-174. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-05/lupus-y-otras-conectivopatias-en-la-infancia/>.
8. Iglesias Jiménez E. Dermatomiositis juvenil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 2: 155-162.
9. Giménez Roca C. Esclerodermia localizada. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 2: 163-171.
10. Bravo Mancheño B et al. Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a artritis idiopática juvenil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 2: 101-114.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Ecografía pulmonar para pediatras de AP

Generalidades de la ecografía clínica

Inés Osiniri Kippes

Pediatra. Clínica Bofill. Figueres. Girona. Grupo de trabajo de Ecografía Pediátrica de la SEPEAP

En España, la ecografía se implementó en los centros de salud desde la década de 1990, como una nueva técnica de diagnóstico utilizada inicialmente por los médicos de cabecera. Desde entonces, hay cada vez más médicos de familia y pediatras que están usando un equipo de ultrasonido e interpretando sus ecografías para mejorar su capacidad diagnóstica y decidir la conducta terapéutica más adecuada en un mismo acto médico.

Es una herramienta muy útil y relevante para el pediatra, porque ayuda a definir rápidamente la presencia o ausencia de patología y a tomar decisiones más precisas durante la visita, desde un nivel extrahospitalario.

La ventaja que ofrece la ecografía, realizada por el mismo profesional que ha examinado al paciente, es la capacidad de complementar el pensamiento clínico con los hallazgos ecográficos, mejorando su calidad asistencial y evitando generar más consultas a otros especialistas, con esperas innecesarias para el niño y la familia.

Es una técnica operador-dependiente, ya que el explorador y el informador es la misma persona, por lo que requiere tener una formación sólida y un entrenamiento supervisado adecuado.

Entre las indicaciones más frecuentes de ecografía clínica en Pediatría, a nivel extrahospitalario, es la ecografía abdominal y vías urinarias. Sin embargo, en los últimos años, la ecografía de tórax ha mostrado una gran sensibilidad y especificidad para la detección y seguimiento de la patología pulmonar, y su aplicación en consulta ha presentado un crecimiento exponencial.

Durante el taller aprenderás a utilizar el ecógrafo como una herramienta clínica. Podrás realizar tus propias ecografías, que te ayudarán a decidir rápidamente una conducta terapéutica más adecuada y minimizando errores en la misma consulta. Aprenderás la ecoanatomía normal del tórax y las indicaciones

de la ecografía pulmonar. Realizarás e interpretarás varias ecografías pulmonares, aplicando la sistemática de exploración y reconociendo las estructuras que visualizas. Conocerás a través de casos clínicos, las imágenes patológicas más frecuentes que da la ecografía pulmonar.

Introducción de los ultrasonidos

Los ultrasonidos son ondas sónicas, no utilizan radiaciones ionizantes, se puede repetir sin que deje ningún tipo de secuelas.

Los niños, por sus características físicas, son altamente eco-transparentes, al tener menos tejido adiposo y mayor proporción de agua, facilitan la visualización de los órganos más profundos.

Permite realizar el estudio estático y dinámico, para comprender mejor la fisiopatología del problema y llegar al diagnóstico.

A continuación, realizaremos un resumen del contenido del taller de Ecografía Pulmonar para pediatras de Atención Primaria.

Sonido

Concepto

Cualquier fenómeno que involucre la propagación en forma de ondas elásticas (sean audibles o no), a través de un fluido u otro medio elástico, generando un movimiento vibratorio en el mismo.

La propagación de las ondas sonoras en los diferentes tipos de medios continuos, así como la interacción de estas con los medios físicos (líquido, sólido, aire), van a influir en las características de las ondas y en la velocidad de propagación.

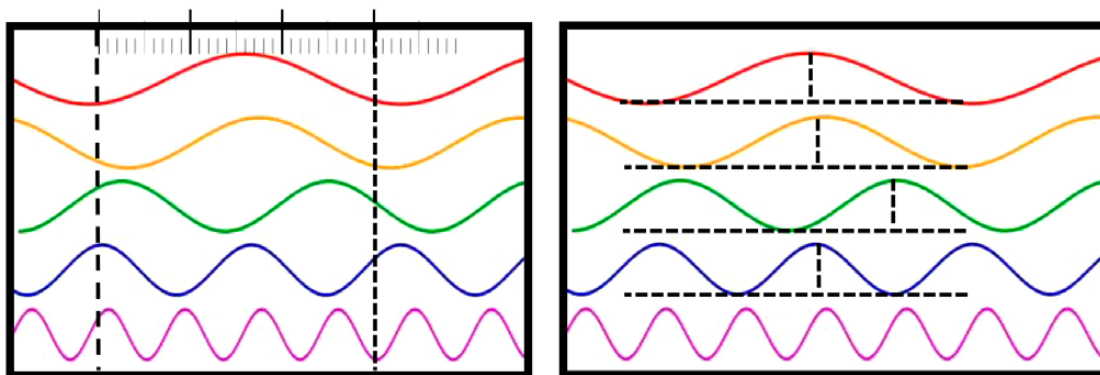


Figura 1. Características de la propagación de la onda de sonido. La figura de la izquierda muestra de forma comparativa: las ondas superiores son de mayor longitud de onda (mayor distancia), se propagan con menor velocidad (baja frecuencia), respecto a las de abajo que son ondas de menor longitud de onda y se propagan a mayor velocidad (alta frecuencia), medida en ciclos/segundos. La figura de la derecha muestra, de manera comparativa, las amplitudes de la onda, las superiores son de mayor amplitud (amplitud/tamaño de la onda = intensidad ecos) que las inferiores. La velocidad de propagación en músculo es de ± 1.540 m/seg.

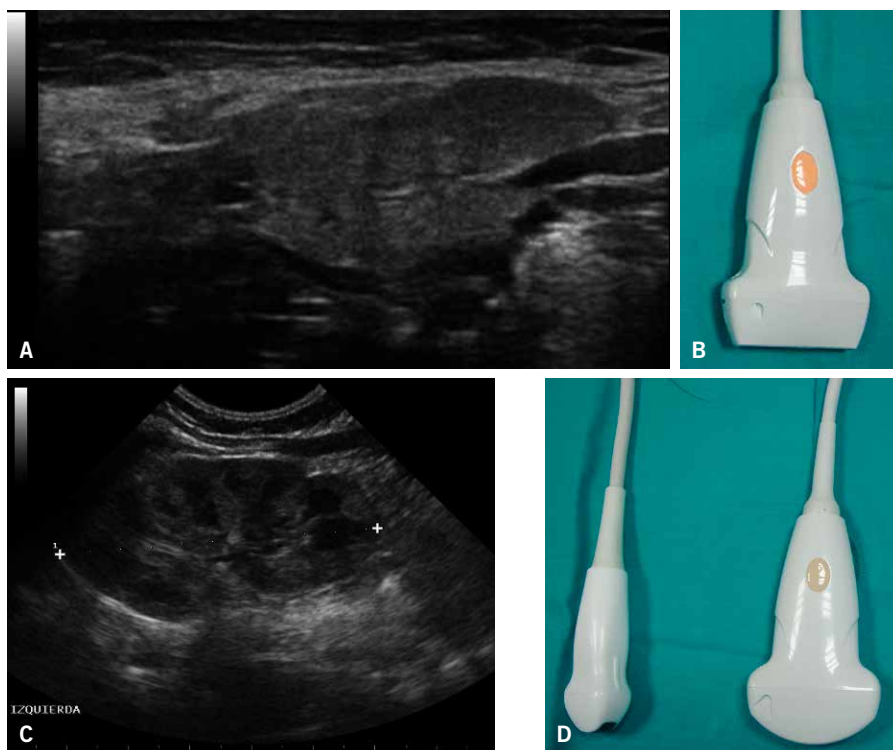


Figura 2. Tipos de sondas.

A. Imagen ecográfica realizada con sonda lineal (alta frecuencia), da una imagen rectangular bien definida con estructuras superficiales.

B. Foto de sonda lineal (7,5-13 MHz).

C. Imagen ecográfica realizada con sonda convex (baja frecuencia), da una imagen convexa, con bastante buena definición para visualizar estructuras más profundas.

D. Foto de sondas microconvex (izquierda) y convex (derecha).

Características de la onda

Los 2 fenómenos físicos más conocidos que se van produciendo mientras estamos realizando la ecografía son la reflexión y la refracción.

- **Reflexión:** se produce cuando una onda propagada encuentra una interfase reflectante entre dos medios y esta retrocede hacia el medio del cual provenía. Esta onda reflejada es el Eco.
- **Refracción:** se produce cuando una onda propagada encuentra una interfase que separa dos medios y esta se propaga por el segundo medio.

Frecuencia de onda

Es una medida que se utiliza para indicar el número de repeticiones de un fenómeno por unidad de tiempo (ciclos/segundos). Un Hertz es aquel fenómeno repetido una vez por segundo, 2 Hz son 2 sucesos por segundo, y así sucesivamente. En las ecografías se utilizan frecuencias entre 1,5 a 60 MHz.

Las sondas con menor frecuencia (p. ej.: 3,5 Megahertz = millones oscilaciones por segundo) penetran más (se absorben menos durante su trayectoria), pero dan una imagen con menor resolución. Por el contrario, las sondas de mayor frecuencia (p. ej.: 10 Megahertz) tienen menor penetración (se absorben más) y dan una imagen de mayor resolución (Fig. 1).

Estos conceptos físicos son importantes para poder entender los tipos de sondas que vamos a desarrollar a continuación.

Tipos de sondas más utilizadas en la consulta de Atención Primaria

- Lineal (*linear-array*).
- Curvilínea o convex (*curved-array*).

Sonda lineal: es una sonda de alta frecuencia (3,5 a 30 MHz). Se usa para exploración del músculo, tiroides, tórax, escroto y partes blandas (Fig. 2).

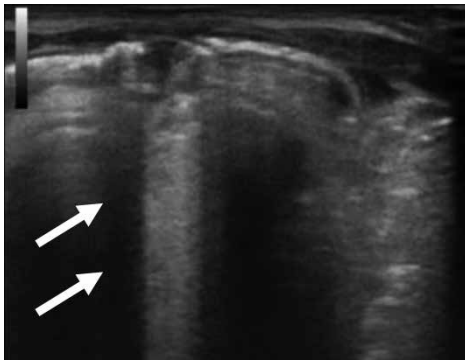


3a - Imagen ecográfica de la vejiga con contenido anecoico.

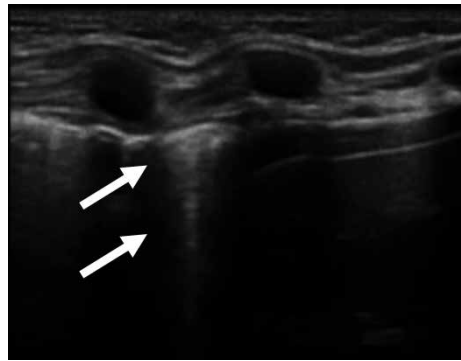
3B - Imagen ecográfica del riñón del lactante, los asteriscos muestran las pirámides renales hipocogénicas.

3C - Imagen ecográfica del hígado. El círculo encierra una calcificación hepática.

Figura 3. Imágenes básicas en la ecografía.



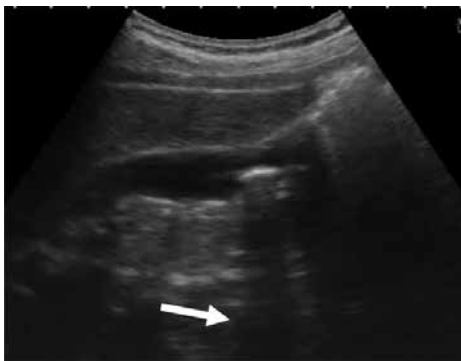
4a - Imagen ecográfica mostrando reverberaciones acústicas (flechas).



4b - Imagen ecográfica mostrando reverberaciones acústicas de tipo cola de cometa (flechas).



4c - Imagen ecográfica mostrando refuerzo acústico posterior (flechas).



4d - Imagen ecográfica mostrando sombra acústica posterior (flechas).



4e - Imagen ecográfica mostrando la imagen en espejo del hígado a través del diafragma (flechas).

Figura 4. Artefactos ecográficos.

Sonda convex: es una sonda de baja frecuencia (2,5 MHz a 12 MHz). Se usa para la exploración abdominal y obstétrica. También se puede utilizar para explorar el tórax cuando no disponemos de la sonda lineal (Fig. 2).

Imágenes básicas

En ecografía hablamos de 3 imágenes elementales (Fig. 3):

1. **Imágenes anecoicas o anecogénicas:** cuando el sonido atraviesa un medio sin interfases reflectantes: por ejemplo, vejiga con contenido líquido.
2. **Imágenes hipoeicoicas o hipocogénicas:** cuando el sonido atraviesa un medio con menos interfases que la estructura que lo rodea. Por ejemplo, las pirámides renales en el lactante.
3. **Imágenes hipereicoicas o hipercogénicas:** cuando el sonido atraviesa un medio con más interfases que la estructura que lo rodea. Por ejemplo, litiasis.

Artefactos ecográficos

Son imágenes producidas por fenómenos físicos que no se corresponden con las estructuras texturales existentes. Los más frecuentes son (Fig. 4):

- **Reverberaciones acústicas:** cuando el haz de ultrasonidos atraviesa una interfase que separa dos medios de muy diferente impedancia acústica, hay una reflexión repetitiva del sonido. Por ejemplo: músculo y hueso.
- **Cola de cometa:** cuando el haz de sonido choca con una interfase estrecha y muy reflectante, visualizándose por detrás de la misma una serie de ecos lineales. Son un tipo de reverberaciones acústicas. Por ejemplo: líneas B en pulmón.
- **Refuerzo acústico posterior:** cuando el haz de sonido atraviesa un medio sin interfases (p. ej.: líquido) y llega a otro medio sólido, visualizándose la zona posterior más ecogénica que el tejido circundante, dándole un aspecto más brillante. Por ejemplo: quistes en órganos sólidos.
- **Sombra acústica posterior:** cuando el haz de sonido choca con una interfase altamente reflectante y no puede atravesarla. Por ejemplo: litiasis biliares.
- **Imagen en espejo:** cuando el haz de sonido atraviesa interfases altamente reflectantes y curvas dando una imagen invertida. Por ejemplo: parénquima hepático por encima del diafragma.

Ecografía pulmonar

Luis Ortiz González

Pediatra. Clínica de Pediatría Dr. Luis Ortiz González. Badajoz. Grupo de trabajo de Ecografía Pediátrica de la SEPEAP

Consideraciones generales

La ecografía pulmonar se basa principalmente en el análisis de los artefactos originados por la distribución del aire y agua en el pulmón. Sus estructuras no son visibles por los artefactos de reverberación ocasionados por el aire que contiene en su interior. Por tanto, el parénquima pulmonar solo se podrá poner de manifiesto por ecografía, si tiene pérdida de aire o está rodeado de líquido.

Muchos de sus signos son dinámicos. Todas las señales se derivan de la pleura y en ella se refleja la mayor parte de la patología pulmonar. Esto explica el enorme potencial de la ecografía clínica en la patología más prevalente en la edad pediátrica.

El uso de la ecografía pulmonar en la práctica clínica debería considerarse como una prolongación del examen clínico habitual.

Proporciona información a pie de cama, forma dinámica, permite la monitorización del curso evolutivo del paciente, sin radiaciones ionizantes, y es más sensible y específica que la radiología convencional en la mayoría de los procesos patológicos.

Las indicaciones de la ecografía pulmonar son muy diversas. Entre ellas, destacan: la valoración del parénquima pulmonar



Figura 5. Exploración de la región dorsal derecha del paciente en sedestación con sonda lineal de alta frecuencia.

(síndrome alveolo-intersticial, condensación neumónica, atelectasia y reclutamiento), la pleura (derrame pleural, neumotórax y el drenaje ecoguiado) y del diafragma (motilidad, asimetría, etc.).

Su utilización también puede ser determinante en situaciones urgentes (reanimación, intubación...).

Técnica

Se debe explorar al paciente preferentemente con una sonda lineal de alta frecuencia (5-10 MHz), mediante cortes longitudinales y transversales, en modo bidimensional (modo B). Aunque se han descrito diferentes zonas de exploración según diferentes autores y edades del paciente, se debe hacer un barrido de toda la superficie torácica con el transductor. La posición del paciente para la exploración se deberá adaptar a la situación, la edad y el grado de colaboración del mismo

(en brazos del cuidador, sentado o en decúbito) (Fig. 5).

En condiciones normales, de fuera a dentro, se visualiza la piel, la pared torácica, la línea pleural (movimiento de deslizamiento de una hoja pleural -parietal- sobre otra -visceral) y los artefactos de reverberación que ocupan en la imagen el lugar correspondiente al parénquima pulmonar normal (Fig. 6).

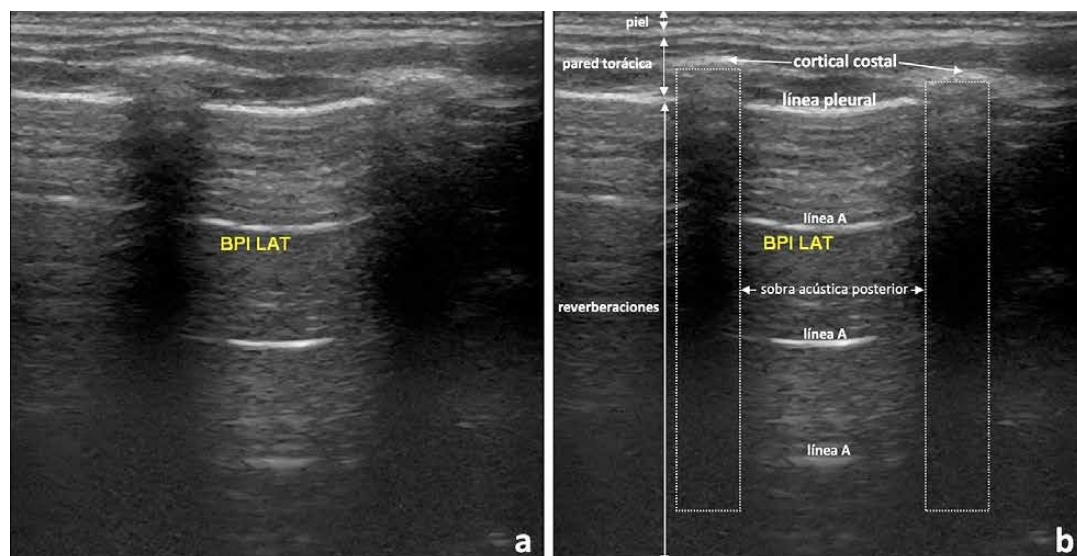


Figura 6.

a) Imagen obtenida con transductor de alta frecuencia mediante un corte longitudinal a nivel de la región lateral de la base pulmonar izquierda (BPI LAT).

b) Se identifican las diferentes zonas con las líneas A, paralelas a la pleura, equidistantes entre sí, y las sombras acústicas posteriores que origina la cortical costal.

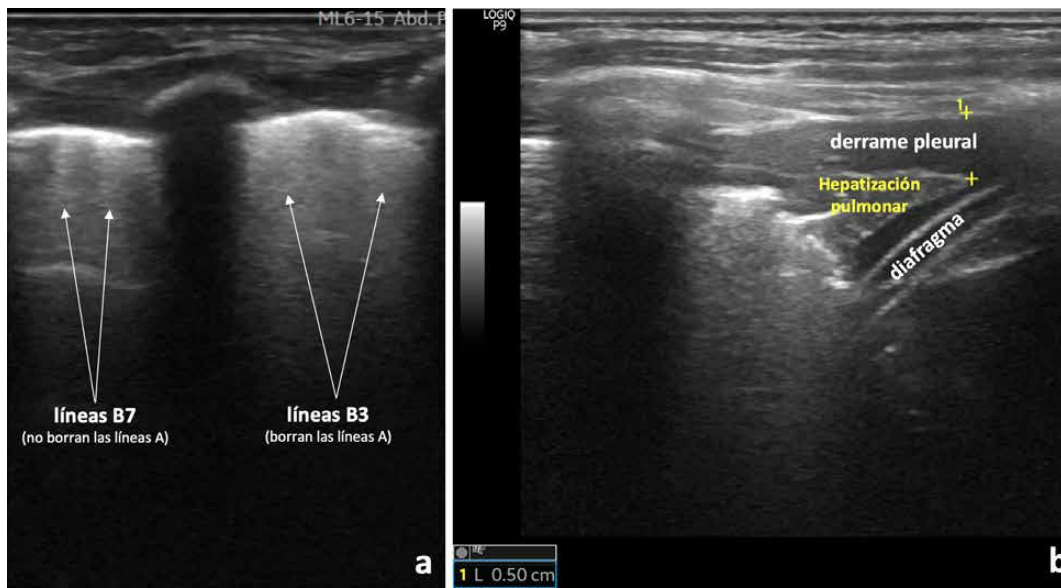


Figura 7.
a) Corte longitudinal a nivel de la región dorsal derecha en un paciente de 5 meses de edad afecto de bronquiolitis, donde se objetivan líneas B7 y B3.
b) Corte longitudinal lateral en base pulmonar izquierda, donde se identifican una condensación neumónica (signo de la hepatitisación pulmonar) y un derrame pleural ipsilateral de unos 100 ml.

Conceptos fundamentales

Los 3 conceptos fundamentales en los que se basa la interpretación de la imagen ecográfica pulmonar son el deslizamiento pleural (*sliding*), las líneas A y las líneas B, entre otros menos importantes. La presencia, ausencia o combinación de ellos, dará lugar a la interpretación de normalidad pulmonar, condensación neumónica y/o derrame pleural.

- La ausencia de **sliding** es altamente sugestivo de neumotórax, aunque habría que hacer el diagnóstico diferencial con una atelectasia masiva/intubación selectiva, pleurodesis, apnea o neumonía, todo ello en un contexto clínico compatible. La exploración del neumotórax debe comenzarse por la zona más apical del tórax del paciente en decúbito supino, a nivel de la línea media clavicular, en el 2º espacio intercostal, durante al menos 4-5 ciclos respiratorios y con un barrido con el transductor de medial a lateral.
- Las **líneas A** son artefactos de reverberación, cuya ausencia puede ser indicativa de la presencia de edema intersticial o alveolar, contenido sanguinolento, infección, contusión o una neoplasia.
- Las **líneas B** son artefactos de reverberación en cola de cometa, que se originan desde la línea pleural, son perpendiculares a las líneas A (las suelen borrar), hiperecóticas, dinámicas (se mueven con la respiración), alcanzan el fondo de la pantalla (largas, no se difuminan) y se asemejan a un láser (bien definidas), por lo que se les llama “imágenes en rayos de sol”. Se consideran normales si aparecen de forma aislada y en un número inferior a 3 por espacio intercostal. Se relacionan con la presencia de edema, inflamación o fibrosis pulmonar. Su presencia descarta la existencia de un neumotórax en la zona de exploración. Denominamos líneas B7 a las líneas B que se encuentran separadas entre sí por un espacio de 5-7 mm, espesor del septo interlobulillar, debido a un engrosamiento del referido septo por edema intersticial. Las líneas B3 (separadas por 3 mm o menos) son sugerentes de edema alveolar. Las líneas B7, a diferencia de las B3, no suelen borrar las líneas A. La presencia de líneas B también es útil en estadios de *shock*, cuya presencia contraindica la administración de líquidos, y su ausencia permite la optimización de diuréticos.

El **derrame pleural** se caracteriza por una imagen hipo anecoica, dinámica con la respiración y los cambios de posición, entre ambas pleuras (se visualiza entre la pared torácica y el pulmón). La cuantificación del volumen del mismo se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Volumen (ml)} = \text{distancia (pleura parietal - visceral) (mm)} \times 20$$

Será trasudado si es anecoico, homogéneo y sin septos; y exudado, si tiene un patrón ecogénico heterogéneo, con detritus móviles (signos del plancton), tractos de fibrina y granulados (TBC o neoplasia).

La **neumonía** se caracteriza, porque el pulmón adquiere una apariencia similar al parénquima hepático (signo de la hepatitisación pulmonar) y/o presenta unas imágenes hiperecogénicas puntiformes (broncograma aéreo) y/o líneas B unilaterales (Fig. 7).

Bibliografía

- Osiniri Kippes I. Utillaje diagnóstico en la consulta de pediatría de atención primaria. SEPEAP. Cap.9. Ed Ergon. 2017.
- Siegel M. Pediatric Sonography 2018 Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Osiniri Kippes I. Guía del Curso Básico de Ecografía Clínica Pediátrica 2020.
- Ortiz González L, Ortiz Peces C, Ortiz Peces L. Democratización de la ecografía clínica pulmonar (point of care). Arch Argent Pediatr. 2022; 120(3): e170.
- López-Prats JL, et al. Grupo de Trabajo de Ecografía de la SECIP. 4. López-Prats JL, et al. Ecografía torácica y vía aérea. Disponible en: <https://secip.com/images/uploads/2018/09/2-ECOGRAFÍA-TORÁCICA-Y-VÍA-AEREA.pdf>.
- Alonso Martín DE, et al. Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Ecoclip: Ecografía pulmonar III (imágenes patológicas). Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/ecoclip13.pdf>.

La entrevista al adolescente

José Casas Rivero*, José Luis Iglesias Diz**

*Hospital La Paz. Clínica Ruber. Pediatra. Jefe de unidad de TCA Hospital La Paz. Madrid

**Pediatría. Jubilado. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Santiago de Compostela. La Coruña

Resumen

La atención del adolescente representa un reto para el médico pediatra. El Pediatra está en condiciones de atender mejor que nadie a ese “nuevo ser” que parece renacer de aquel niño que fue. Todos los cambios que comienzan con la pubertad deben ser afrontados de una manera diferente, no basta conocer las características de su desarrollo, sus enfermedades o sus conductas, es necesario también tener la capacidad de sentirse a gusto con ellos y adquirir experiencia en el trato de la gente joven.

La entrevista

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolutivas de este grupo de edad, **muy a menudo la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como ser adulto.**

El entrevistador y el entrevistado

Para estructurar las bases de esta entrevista, debemos adquirir un correcto conocimiento sobre las características del entrevistado (el adolescente), revisar las cualidades y la disposición del entrevistador (el pediatra), y tener muy presentes las características que deben reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea un eficaz acto médico.

Las cualidades del entrevistador incluyen: ser capaz, paciente, saber escuchar, dar apoyo y afecto, tener equilibrio entre comprensión y el ejercicio de la autoridad, tener neutralidad moral y sentido del humor; pero para que su ejercicio sea eficaz, deben gustarle los adolescentes, si no le gustan o se encuentra incómodo con ellos, es mejor que los remita a otra parte. Por otro lado, el entrevistador debe evitar algunos posicionamientos erróneos en su relación con el adolescente como son:

1. Tomar el papel de adolescente: el adolescente busca un profesional que le resuelva sus problemas no un compañero de “la pandilla”.
2. El papel sustituto de los padres: el pediatra escuchará y evitará juicios, como los que proceden de los padres del paciente.
3. A ver quién puede más: no se puede forzar a la acción. Nadie hace de adolescente mejor que ellos, le resultará muy difícil vencerlos en su propio juego.

El pediatra debe recordar los aspectos en que puede actuar positivamente en la entrevista:

1. Actuar como abogado, destacando las cualidades positivas del paciente sin apoyar conductas inadecuadas.
2. Escuchar más que hablar, escuchar puede ser difícil, pero mejora la relación con el paciente.

3. Inculcar responsabilidad, que los adolescentes se sientan responsables de su propio cuidado.
4. Demostrar interés por lo que nos cuentan y no minimizar sus preocupaciones.
5. Ser positivo, el humor puntual genera buen ambiente, pero no necesitan un médico chistoso, si no alguien que les ayude.
6. Es necesario tener claro lo que pretendemos obtener de la entrevista, la cual tendrá las siguientes funciones:
 - a. Determinar la naturaleza de los problemas de salud y vigilarlos, desde una perspectiva bio-psico-social.
 - b. Crear y conservar la relación terapéutica.
 - c. Educar para la salud y motivar al paciente para que lleve adelante los planes del tratamiento.

Algunas estrategias de la entrevista

La elección de la pregunta adecuada no es siempre fácil, pero debemos intentar plantearlas de modo que faciliten respuestas clarificadoras, aunque para ello sea necesario “dar un rodeo”:

1. Preguntas abiertas: permiten una mayor libertad expresiva –Cuéntame lo que ocurrió–. Estaba jugando al tenis...Vs. “¿Te dieron un golpe?”- No.
2. Respuestas reflejas: repetimos su respuesta a una pregunta para que la amplíe. “¿Qué tal en casa?”, “mi madre me riñe siempre”, “¿te riñe siempre?”, “bueno en realidad lo que ocurre...”.
3. Clarificación: abre el diálogo y se le da importancia a la forma expresiva del adolescente. “ayer estuvimos de rollo por la tarde...”, “perdona, me puedes aclarar eso de estar de rollo”.
4. Preguntas que generen tranquilidad con afirmaciones que faciliten la discusión al abordar temas escabrosos: “es habitual que los chicos se masturben y eso es normal...”.
5. Transmitir apoyo y ánimo: cuando el adolescente nos expone una situación que es difícil o dolorosa para él. “Has debido de sufrir mucho con eso, pero a pesar de todo lo resolviste con valentía...”.
6. Preguntas generales de interiorización: nos informan sobre su modo de vida sus cualidades, gustos y aspiraciones.
 - ¿Qué cosas se te dan bien?
 - ¿Qué deseo querrías ver cumplido?
 - ¿Cuándo estás más feliz?
 - ¿Qué haces cuando estás de mal humor?
 - ¿Cómo te ves a los 25 años?
 - ¿Qué haces cuando no tienes clase/trabajo?
7. Problemas especiales en la entrevista:
 - El adolescente hablador: Debe frenarse su locuacidad con preguntas como: hablas mucho de... ¿por qué?
 - Adolescente callado: hablar de temas generales y que puedan ser del agrado del paciente, fijarse en los detalles personales que nos pueden ayudar a iniciar la conversación.

- Adolescente nervioso o inquieto: frases de tranquilidad, “sé que es difícil hablar de algunas cosas...”.
 - Adolescente lloroso: ser cariñoso, dejarlo que lllore (disponer y ofrecerle pañuelos de papel, pensará así que no es el único que llora).
8. Psicoterapia motivacional y “escucha activa”. Los pediatras debemos aprender a utilizar recursos que faciliten la comunicación con el adolescente y mejorar así las opciones terapéuticas de que disponemos. La psicoterapia motivacional consiste en ofrecer al paciente una guía en forma de interrogantes que se refieran a sus propios problemas y con nuestra ayuda facilitar que él/ella mismos sean los que van encontrando las respuestas. El adolescente muchas veces conoce o intuye las soluciones, pero necesita reafirmarse, adquirir seguridad y nosotros podemos ayudarle en este sentido.

La Escucha activa. Escuchar activamente es dejar que el paciente se exprese con libertad, con tiempo, hablando de lo que le interesa, quiere, aspira o teme, significa en fin, escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. Sentirse escuchado es en sí mismo una terapia.

9. Confidencialidad. Recordamos aquí la importancia de la confidencialidad; este aspecto debe explicarse a la familia y al paciente. El adolescente se sentirá más seguro y podrá contarnos aspectos importantes de su comportamiento que de otro modo podrían quedar ocultos. Solo existe una condición para romper esa confidencialidad: que exista riesgo grave para la salud del paciente o de terceros y así se debe explicar al adolescente y a sus padres.

“No hay medicina sin confianza, no hay confianza sin confianza y no hay confianza sin secreto”.

Además de disponer del tiempo necesario y del lugar idóneo, se deben incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos.

Para hacer la entrevista con cierto orden y como ayuda para mantener una conversación con el adolescente, que en ocasiones es parco en palabras, recordar algún acrónimo lo facilita. El acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) es útil como guión de la anamnesis y a la vez que se realiza el interrogatorio, también se puede dar al paciente información sobre algunos temas relacionados. El propuesto por Goldenring: H.E.A.D.S.S. (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio) ha sido ampliada a H.E.E.A.D.S.S.S. (más safety, seguridad), tiene la misma finalidad al igual que las ocho ces de Silber (calcio, colesterol, cigarrillos, condón, cinturón de seguridad, comprensión/cariño, comida, casco).

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Achieving Quality Health Services for Adolescents. Pediatrics. 2008; 121: 1263.
- Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI. Entrevista clínica del adolescente. En Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero MA, Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed Ergon. Majadahonda. 2ª ed. Madrid; 2012. p. 11-18
- García-Tornell S, Gaspá Martí J. Entrevista clínica del adolescente. Atención al adolescente. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAP. Madrid: Ergon; 2011. p. 1263-74.
- Woods ER, Neinstein LS. “Office visit, Interview Techniques, and Recommendations to Parents” in Adolescent Health Care: A Practical Guide. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 32-43.
- Rodríguez Molinero L. Entrevista clínica al Adolescente. Pediatr Integral. 2013; XVII: 128-132. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-03/entrevista-clinica-al-adolescente/>.
- Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista clínica y examen físico. En Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 3ª Edición; 2021. p. 11-22.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Nuestra peculiar forma de crecer: rastreando el origen del patrón de crecimiento y desarrollo de nuestra especie

Rebeca García González

Laboratorio de Evolución Humana de la Universidad de Burgos

Nuestra peculiar forma de crecer

Entre los rasgos que caracterizan a nuestra especie (*Homo sapiens*) están, por ejemplo, nuestro modo de locomoción (somos los únicos Primates bípedos), la fabricación y uso de herramientas o el lenguaje. Sin embargo, hay otra serie de rasgos que no son tan llamativos a simple vista y que también son únicos de nuestra especie, como aquellos que están relacionados con nuestro ciclo vital y, en especial, con nuestra forma de crecer y desarrollarnos¹.

Los humanos actuales nos caracterizamos por tener largos períodos de gestación que están relacionados con el hecho de que nuestros neonatos tengan un gran tamaño corporal relativo al tamaño corporal materno y que sean los que más proporción de grasa muestran. A pesar de ello, somos los Primates más altriciales en términos de desarrollo del cerebro y maduración esquelética: nacemos muy desvalidos. Esto trae consigo que necesitemos mucho más tiempo para crecer que cualquier otro Primate y alcancemos la madurez sexual muy tarde. Por tanto, nuestra primera reproducción es muy tardía. A pesar de ello, somos una especie muy fértil. Las mujeres somos las hembras Primates que más descendientes podemos llegar a tener (4-6 crías en condiciones naturales). Esta mayor fertilidad no es el resultado de nuestra mayor longevidad. A pesar de vivir más tiempo, las mujeres no mantenemos nuestra fertilidad durante más tiempo. De hecho, las hembras somos las únicas que tenemos menopausia. En cambio, la mayor fertilidad sí que está relacionada con el cese temprano de la lactancia, ya que la lactancia actúa como un anticonceptivo natural. Somos los Primates que primero destetamos a nuestras crías, por lo que somos los que presentamos un intervalo entre nacimientos más corto. Las ventajas en términos de éxito evolutivo que pudo tener un intervalo entre nacimientos más corto, tuvieron que compensar los inconvenientes de que las crías se desteten muy pronto. Nuestras crías tienen un sistema digestivo muy inmaduro cuando son destetadas, por lo que no pueden enfrentarse a una independencia alimentaria. Es por ello, por lo que presentamos una etapa única de crecimiento: la niñez². La niñez es el período en el que nuestras crías están destetadas, pero todavía dependen de los adultos para su manutención. Suele abarcar entre los 3 y los 7 años, y se caracteriza porque el crecimiento corporal es muy lento y durante ella finaliza el crecimiento cerebral. Las bajas velocidades de crecimiento corporal de la niñez pueden tener consecuencias directas sobre la duración y el tamaño que se alcanza durante la etapa adulta. Si queremos alcanzar un tamaño corporal grande, pero las velocidades de crecimiento son muy lentas, no queda otra que alargar la duración del período de

crecimiento. Sin embargo, en nuestra especie no ocurre esto, sino que se aumenta muchísimo la velocidad de crecimiento durante un corto período de tiempo. Este aumento de la velocidad de crecimiento se conoce como estirón esquelético en estatura, y también es único y característico de nuestra especie.

¿Cómo reconstruimos el patrón de crecimiento y desarrollo en las especies fósiles?

Dada que todas las características de nuestra forma de crecer son únicas de nuestra especie, dos de las grandes preguntas que nos hemos hecho desde siempre en el campo de la Paleontología son: ¿cuándo apareció esta forma de crecer? y ¿cómo?

El patrón de crecimiento y desarrollo de una especie fósil no puede medirse directamente, ya que es algo efímero. Afortunadamente, podemos reconstruirlo a partir de la correlación que existe entre la duración y la velocidad de crecimiento, con variables que sí podemos inferir en los fósiles. Las dos variables que muestran una relación más estrecha con el patrón de crecimiento y desarrollo son: el tamaño del cerebro y el tamaño corporal. La relación con el tamaño corporal es bastante intuitiva: animales de mayor tamaño crecen durante más tiempo que animales de menor tamaño (aunque no de forma proporcional). Puesto que los seres humanos somos Primates con un gran tamaño corporal, también somos los que más tardamos en crecer.

El papel del cerebro en la velocidad y duración del crecimiento general está relacionado, tanto con su tamaño como con su coste metabólico. Los seres humanos tenemos un cerebro que es unas tres veces mayor que lo que cabría esperar, para un Primate de nuestro tamaño corporal. Además, es un órgano muy caro desde el punto de vista energético. Dedicamos entre un 20 % y un 25 % de nuestra energía en su mantenimiento. Si un gran cerebro es caro de mantener, más lo es su crecimiento. En los recién nacidos, la proporción de nuestro metabolismo basal que se asigna al cerebro llega a ser del 83 %³. Por tanto, la velocidad y duración del crecimiento somático general tiene que adaptarse para soportar el crecimiento y desarrollo de estos grandes y caros cerebros.

Además de esto, contamos con la ayuda de los dientes. La forma en la que crecen y se desarrollan los dientes está directamente relacionada con la velocidad y duración de crecimiento de las distintas especies de Primates. Además, los dientes crecen por acreción (capa a capa), quedando en ellos unas marcas que manifiestan ritmos biológicos. Esto nos permite tener una idea muy fiable de cuánto tiempo y con qué velocidad se forman los distintos dientes⁴.

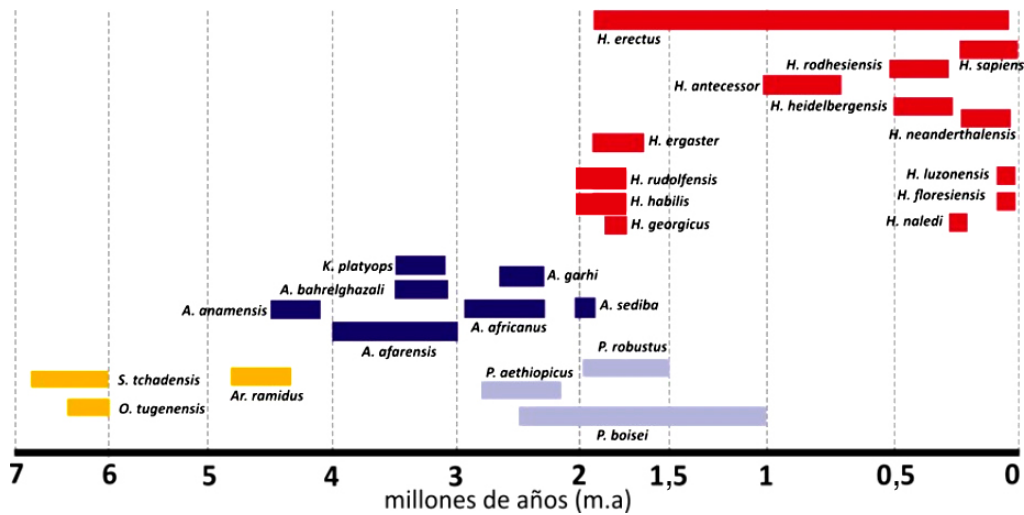


Figura 1. Especies de nuestro linaje que han habitado el planeta. Se muestran la mayoría de las especies que son reconocidas actualmente, solo teniendo en cuenta su cronología y no las relaciones que existen entre ellas.

Evolución de nuestro patrón de crecimiento y desarrollo

Desde que nuestro linaje se separó del de los chimpancés hasta ahora, han pasado muchas cosas y han sido muchas, las especies de nuestro linaje que han habitado el planeta. En la figura 1 se muestran la mayoría de las especies que son reconocidas actualmente, solo teniendo en cuenta su cronología y no las relaciones que existen entre ellas. Comenzaremos con los *Australopithecus*, unos homínidos de pequeño tamaño, con una capacidad craneal pequeña y un esqueleto adaptado a la bipedestación. Dentro de este grupo, hay dos especímenes fósiles pertenecientes a individuos no adultos excepcionales: el niño de Taung (*Australopithecus africanus*) y la niña de Dikika (*Australopithecus afarensis*). La edad estimada en base al desarrollo dental es de aproximadamente 3 años para ambos individuos. Cuando comparamos los tamaños del cerebro de ambos especímenes con chimpancés y humanos modernos de la misma edad, vemos que son comparables con los de los chimpancés. Lo mismo ocurre con los tamaños cerebrales de los individuos adultos de ambas especies. En base a esto, inferimos que el crecimiento de su cerebro (y, por tanto, su patrón de crecimiento general) sería igual que el de los chimpancés⁵. Es decir, sería corto y sin niñez ni adolescencia.

La primera gran revolución en el patrón de crecimiento ocurre con la especie *Homo ergaster*. El tamaño cerebral en esta especie apunta a que ya existiría una niñez incipiente. Sin embargo, el peso y estatura del espécimen KNM-WT-15000 de esta especie (48 kilos y 160 cm) con solo 8 años, indica que en esta especie el crecimiento sería continuo y la existencia de un estirón esquelético⁶.

Del siguiente grupo del que tenemos información sobre su patrón de crecimiento y desarrollo es de los Neandertales. La capacidad craneal de esta especie es de 1.750 cc, superior a

la de nuestra especie. Su tamaño corporal también es considerable, con estaturas en torno a 160 cm y pesos de 85 kg. Con esos tamaños corporales y capacidades craneales, todo parece apuntar a que su patrón de crecimiento sería igual que el nuestro. Sin embargo, los últimos datos obtenidos por estudios de histología dental ofrecen un panorama distinto. La mayor parte de los Neandertales muestran un desarrollo dental muy rápido⁷. Además, su crecimiento cerebral es más largo y su crecimiento corporal más lento⁸.

En base a todo esto, parece que nuestro patrón de crecimiento y desarrollo es único, no solo respecto al resto de Primates, sino respecto a todos los homínidos.

Bibliografía

1. Smith BH, Tompkins RL. Toward a life history of the Hominidae. *Annu. Rev. Anthropol.* 1995; 24: 257-79.
2. Bogin B. Evolutionary perspective on human growth. *Annu. Rev. Anthropol.* 1999; 28: 109-53.
3. Leonard WR, Snodgrass JJ, Robertson ML. Effects of brain evolution on human nutrition and metabolism. *Annu Rev Nutr.* 2007; 27: 311-27.
4. García-González R. El ciclo vital humano. Nuestra peculiar forma de crecer. *Diario de Atapuerca.* 2021.
5. Leigh SR. Brain size growth and life history in human evolution. *Evol. Biol.* 2012; 39: 587-99.
6. Smith BH. The physiological age of KNM-WT 15000. *Nariokotome Homo Erectus Skeleton*; 1993. p. 195-220.
7. Smith TM, et al. Dental evidence for ontogenetic differences between modern humans and Neanderthals. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2010; 107: 20923-8.
8. Rosas A, et al. The growth pattern of Neandertals, reconstructed from a juvenile skeleton from El Sidrón (Spain). *Science.* 2017; 357: 1282-7.

Infecciones respiratorias: ¿hay algo nuevo?

Virus respiratorio sincitial

Fernando Caamaño Viña^(1,2,3), Ana Isabel Dacosta Urbieto^(1,2,3), Irene Rivero-Calle^(1,2,3), Federico Martín-Torres^(1,2,3)

⁽¹⁾Genetics, Vaccines, and Infectious Diseases Research Group (GENvip;www.genvip.eu). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña

⁽²⁾Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Madrid

⁽³⁾Translational Pediatrics and Infectious Diseases. Pediatrics Department. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña

El campo del virus respiratorio sincitial (VRS) se ha revolucionado recientemente con la aprobación de diferentes opciones preventivas, tanto para el lactante como para el adulto. Revisamos, a continuación, la actualidad del VRS en el lactante, en función de los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales más recientes, y las herramientas disponibles de prevención pasiva de la infección por VRS en el lactante, tanto a través de la administración directa de anticuerpos monoclonales de última generación como nirsevimab, como a través de la administración de la vacuna maternal bivalente del antígeno prefusional F de VRS durante la gestación.

Actualidad epidemiológica

La infección producida por el VRS es una de las infecciones estacionales más comunes a nivel mundial, siendo la principal causa de infección aguda de las vías respiratorias inferiores en el lactante^{1,2}. Está asociada a una elevada morbilidad mundial, especialmente en menores de 2 años, en los que tiende a desarrollar síntomas respiratorios más graves^{2,5-7}. Los prematuros, recién nacidos de bajo peso, pacientes con inmunodeficiencias u otras enfermedades crónicas son considerados grupos de riesgo, si bien la mayoría de los casos graves se producen en pacientes sin factores de riesgo identificables.

Las manifestaciones de la enfermedad pueden variar, desde infecciones respiratorias leves a graves, e incluso asociar síntomas de infección sistémica (fiebre, apneas o cuadros sepsis-like)^{3,8}. Además, los niños que tuvieron una infección por el VRS en una etapa temprana de su vida, tienen un mayor riesgo de desarrollar sibilancias recurrentes, hiperreactividad bronquial y asma en el futuro^{3,9,10}.

A nivel epidemiológico, el estudio multicéntrico prospectivo europeo RESCEU, realizado en cinco centros ubicados en diferentes países europeos, para determinar la carga sanitaria del VRS, donde se siguieron 9.154 recién nacidos, demostró que la infección respiratoria aguda asociada al VRS causa una morbilidad sustancial, llevando a la hospitalización de uno de cada 56 recién nacidos sanos nacidos a término, y un 5,5 % de ellos en unidades de cuidados intensivos¹¹.

El estudio BARI, evaluó la carga económica y clínica de las infecciones respiratorias agudas (gripe y VRS) en España y Portugal. Se realizó un análisis retrospectivo observacional, utilizando datos sobre las hospitalizaciones de niños menores de 5 años en España, en las temporadas del 2015 al 2018; encontrándose una media de 36.743 ingresos anuales potencialmente debidas a VRS, lo que resultó en un coste medio anual de 87,1 millones de euros. La tasa media de hospitalización por

1.000 niños fue de 55,5 en el primer año de vida, 16,0 en el segundo y 5,4 entre los 24 y los 59 meses. Los niños sin patología de base representaron el 92,9 % de las hospitalizaciones y el 83,3 % de los costes durante el período de estudio. Los niños prematuros representaron el 1,3 % de las hospitalizaciones y el 5,7 % de los costes. El estudio reveló una carga sustancial de la infección por VRS en nuestro país, que es significativamente mayor en pacientes menores de un año¹².

Novedades en la prevención

El manejo estándar de la infección por VRS se centra en el tratamiento de soporte a través de la hidratación adecuada y el soporte respiratorio. Hasta recientemente, solo existía una opción práctica de inmunoprofilaxis basada en anticuerpos monoclonales frente al antígeno F del VRS, el palivizumab, que únicamente está indicado en grupos de alto riesgo, limitando su impacto sobre la carga global del VRS. En los últimos meses, la prevención del VRS se ha revolucionado con la aprobación por parte de las principales agencias reguladoras de dos opciones de protección pasiva de todos los recién nacidos: una vacuna materna inactivada bivalente basada en el antígeno F en su configuración prefusional, y un anticuerpo monoclonal de nueva generación y vida media prolongada denominado nirsevimab.

Vacunación maternal

La vacunación de madres gestantes para permitir el paso transplacentario de anticuerpos al feto que lo protejan durante los primeros meses de vida, es una estrategia vacunal ya aplicada con éxito y seguridad en el caso de la tosferina, la gripe o el SARS-CoV-2; y en los últimos años, ha sido una línea de investigación prometedora en la lucha contra el VRS.

Un estudio multicéntrico (87 centros), aleatorizado y controlado con placebo, con una vacuna maternal a base de nanopartículas dirigida a neutralizar el epítipo II de la proteína F, demostró los siguientes resultados en los primeros 90 días de vida: eficacia vacunal para la prevención de infección del tracto respiratorio inferior médicamente significativa asociada al VRS en lactantes del 39,4 % (IC del 97,52 %, - 1,0 a 63,7; IC del 95 %, 5,3 a 61,2) -1,5 % en el grupo de la vacuna vs 2,4 % en el grupo del placebo-; eficacia vacunal para la prevención de infección del tracto respiratorio inferior asociada con VRS con hipoxemia grave del 48,3 % (IC del 95 %, - 8,2 a 75,3) -0,5 % en el grupo de la vacuna vs 1,0 % en el grupo del placebo-; y eficacia vacunal para la prevención de infección del tracto respiratorio inferior asociada al VRS del 44,4 % (IC del 95 %, 19,6 a 61,5) -2,1 % en el grupo de la vacuna vs 3,7 % en el grupo

del placebo¹³-. La vacuna demostró ser segura, si bien al no cumplir los objetivos primarios de eficacia, no ha continuado su desarrollo clínico ni ha sido aprobada por ninguna agencia reguladora.

Otro candidato vacunal –basado en esta vez, en la configuración prefusional del antígeno F–, con una vacuna de subunidad de proteína recombinante pre-F bivalente, evaluó su eficacia y seguridad en la inmunización materna frente a VRS en un estudio fase 3 (ensayo MATISSE), doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo realizado en 18 países durante cuatro temporadas de VRS. De las participantes, 3.682 madres recibieron la vacuna y 3.676 recibieron placebo. Se evaluaron 3.570 y 3.558 lactantes, respectivamente¹⁴. Respecto a la prevención de la enfermedad grave de las vías respiratorias inferiores, se demostró una eficacia vacunal del 81,8 % (IC del 99,5 %, 40,6 a 96,3) dentro de los 90 días posteriores al nacimiento y una eficacia vacunal del 69,4 % (IC 97,58 %, 44,3 a 84,1) dentro de los 180 días posteriores al nacimiento; y respecto a la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores asociada al VRS, se demostró una eficacia vacunal del 57,1 % (IC del 99,5 %, 14,7 a 79,8) a los 90 días y del 51,3 % (IC del 99,5 %, 29,4 a 66,8) a los 180 días. Las incidencias de eventos adversos informados dentro del 1º mes después de la inyección o dentro del 1º mes después del nacimiento, fueron similares en el grupo de la vacuna (13,8 % de mujeres y 37,1 % de lactantes) y en el grupo de placebo (13,1 % y 34,5 %, respectivamente). No se detectaron problemas de seguridad en madres o en lactantes hasta los 24 meses de edad, y únicamente se detectó un desbalance numérico no estadísticamente significativo en la incidencia de prematuridad, en el grupo de vacunados frente al control, pero dentro de las tasas esperables, y que ha condicionado que se continúe con una vigilancia exhaustiva post-implementación. Esta vacuna ha sido recientemente aprobada, tanto por las autoridades americanas como europeas.

Anticuerpos monoclonales

En la prevención de la infección frente al VRS, el anticuerpo monoclonal palivizumab se aplica en pacientes prematuros o de riesgo en su primera estación de VRS, desde hace años. Precisa una aplicación mensual a lo largo de la temporada epidemiológica para mantener su eficacia, es decir, en torno a 4-5 inyecciones anuales; mientras que, actualmente, están en desarrollo nuevos anticuerpos monoclonales frente al VRS de larga duración, que requieren una o dos dosis para cubrir toda la estación. El primero de ellos en lograr completar su desarrollo clínico y la aprobación por parte de las agencias reguladoras ha sido el nirsevimab.

Nirsevimab es un anticuerpo monoclonal IgG1 kappa recombinante humano que se une a las subunidades F1 y F2 de la proteína de fusión (F) del VRS en un epítipo altamente conservado. Bloquea la proteína F en la conformación de prefusión para impedir la entrada viral en la célula huésped. Nirsevimab muestra una mayor potencia (hasta 50 veces mayor) para inhibir el VRS que palivizumab en cultivos celulares y modelos animales; y tiene una región Fc diseñada para tener una vida media más extensa (de al menos 5 meses), lo que permite con una única dosis cubrir toda la estación VRS.

En el estudio fase 3 MELODY publicado en 2022 en NEJM, se asignó al azar, en una proporción de 2:1, a los lactantes que habían nacido con una edad gestacional de, al menos 35 sema-

nas, para recibir una sola inyección intramuscular de nirsevimab o placebo antes del comienzo de una temporada de VRS¹⁶. El criterio principal de valoración de la eficacia fue la infección de las vías respiratorias inferiores asociada al VRS asistida médicamente hasta 150 días después de la inyección. El criterio de valoración secundario de la eficacia fue la hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior asociada a VRS. Un total de 1.490 niños fueron aleatorizados: 994 fueron asignados al grupo de nirsevimab y 496 al grupo de placebo. La infección del tracto respiratorio inferior asociada con el VRS atendida médicamente ocurrió en 12 bebés (1,2 %) en el grupo de nirsevimab y en 25 bebés (5,0 %) en el grupo de placebo; los cuales corresponden a una eficacia del 74,5 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 49,6 a 87,1; $P < 0,001$) para nirsevimab. La hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior asociada a VRS ocurrió en 6 lactantes (0,6 %) en el grupo de nirsevimab y en 8 (1,6 %) en el grupo de placebo (eficacia, 62,1 %; IC del 95 %, –8,6 a 86,8; $P = 0,07$). Se realizó seguimiento de los pacientes durante 360 días, detectando eventos adversos graves en 67 de 987 lactantes (6,8 %) que recibieron nirsevimab y en 36 de 491 lactantes (7,3 %) que recibieron placebo, no demostrando diferencias reseñables entre ambos grupos y un excelente perfil de seguridad del fármaco. El reclutamiento del estudio MELODY se completó incluyendo otros 1.522 sujetos (segunda cohorte), que se sumaron a los 1.490 de la primera cohorte, para un total de 3.012, de los que 2.009 recibieron nirsevimab y 1.003 placebo, resultando en una eficacia en la prevención de infecciones que requirieron atención médica del 76,4 % y del 76,8 % para prevenir el ingreso hospitalario, y del 78,6 % para prevenir ingresos en UCI¹⁵. El número necesario de lactantes a inmunizar (NNI) calculado con estos datos para evitar un caso de IRTI por VRS, es de 23 para infección por VRS atendida médicamente, de 62 para hospitalización y de 71 para enfermedad grave. El análisis combinado de los estudios completos de fase 2b y MELODY resultó en una eficacia en la prevención de infecciones que requirieron atención médica del 79,0 %, del 80,6 % para prevenir el ingreso hospitalario y del 86,2 % para prevenir ingresos en UCI. El NNI calculado con estos datos para evitar un caso de IRTI por VRS es de 20 para IRTI atendida médicamente, de 47 para la hospitalización y de 52 para enfermedad grave¹⁵.

A su vez, se ha observado también que la administración de nirsevimab no aumenta los casos de infección de tracto aéreo inferior que precisen atención médica (incluyendo VRS), hospitalización ni susceptibilidad de ingreso por otras etiologías o casos de gravedad aumentada en la siguiente estación (seguimiento del día 361 al 511 tras 1ª dosis)¹⁶.

En mayo de 2023, se han presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID), datos del estudio HARMONIE (Ensayo clínico fase 3b, pragmático en condiciones similares a la práctica clínica real), con la participación de más de 8.000 lactantes reclutados en casi 250 centros de Francia, Alemania y Reino Unido, con datos obtenidos en un entorno de vida real, durante la temporada de VRS 2022-2023. En este estudio se demuestra una reducción del 83,21 % (IC del 95 %: 67,77 - 92,04; $p < 0,0001$) en las hospitalizaciones causadas VRS, una eficacia del 75,71 % (IC del 95 %: 32.754-92.913; $p < 0,0036$) en la prevención de casos muy graves de IVRI por VRS; y una reducción del 58,04 % (IC del 95 %: 39.693-71.196; $p < 0,0001$) en las hospitalizaciones

por IRTI de cualquier causa, con un perfil de seguridad similar y consistente a los ensayos clínicos previos.

Consideraciones prácticas

Después de más de seis décadas de investigación, finalmente existen dos opciones de inmunización autorizadas que pueden proteger a todos los lactantes: un anticuerpo monoclonal de nueva generación y larga duración, y una vacuna maternal. España ha sido un ejemplo notable en la conversión de la prevención del VRS en un desiderátum nacional. Tres regiones en España, Galicia –primer lugar del mundo–, a continuación, Cataluña y Madrid, confirmaron el inicio de la profilaxis con nirsevimab en todos los lactantes para la temporada 2023-2024 y, actualmente, solo 2 comunidades autónomas aún no se han pronunciado públicamente sobre su inclusión. Es necesario tener en cuenta que la opción de vacunación maternal solo es posible desde hace unas semanas, en que también la vacuna ha sido aprobada por las autoridades europeas, motivo por el que no ha sido posible que esta opción entrase en la toma de decisiones para la presente temporada. En todo caso, las premisas de la decisión de iniciar la profilaxis de la infección por VRS en todos los lactantes, a considerar por otras regiones o países que contemplan su introducción, son²²:

1. Documentar la carga del VRS en poblaciones específicas: es esencial tener datos detallados sobre la carga de la enfermedad para informar las decisiones de asignación de recursos para las políticas de inmunización. Se necesitan más estudios para comprender completamente la carga clínica y económica del VRS más allá de las hospitalizaciones, especialmente el impacto de las nuevas medidas en la morbilidad sub-aguda y crónica.
2. Expandir la capacidad de diagnóstico de VRS en la práctica clínica: se recomienda expandir la capacidad de diagnóstico de VRS, aumentando la disponibilidad de pruebas de VRS, generando conciencia sobre la importancia de las pruebas virales de rutina y revisando las definiciones de casos.
3. Fortalecer la vigilancia del VRS: es fundamental fortalecer los sistemas de vigilancia para rastrear las tendencias epidemiológicas del VRS. Esto es especialmente importante para comprender el inicio y el final de las temporadas de VRS entre regiones, lo cual es útil para planificar la inmunización y la capacidad de admisión hospitalaria.
4. Planificar para las nuevas opciones preventivas: con la aprobación de nuevas opciones de inmunización, como nirsevimab, es crucial planificar cómo se implementarán estas opciones en las estrategias de inmunización existentes.
5. Lograr objetivos de inmunización: esto implica asegurar que las poblaciones objetivo estén recibiendo inmunizaciones de manera oportuna y evaluar el impacto de estas inmunizaciones en la carga de la enfermedad.

El VRS ha sido un desafío de salud global durante más de seis décadas. Con los recientes avances en opciones de inmunización, hay esperanza de reducir la carga de esta enfermedad. España ha sido pionera en la implementación de nuevas opciones de inmunización y sirve como un ejemplo valioso para otros países. Es imperativo que los responsables de la toma de decisiones consideren las recomendaciones de los expertos y tomen medidas para implementar estas nuevas estrategias de

inmunización efectivas contra el VRS. España, con Galicia a la cabeza, ha demostrado liderazgo en este ámbito, y otros países pueden aprender de su ejemplo. Es imperativo que los responsables de la toma de decisiones, los profesionales de la salud y los investigadores continúen trabajando juntos para atajar, de una vez por todas, un problema de salud global como es el VRS.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias al soporte de la Consejería de Sanidad de la XUNTA de Galicia y GENVIP-IDIS-2021–2024 (SERGAS-IDIS Marzo 2021; España); consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CB21/06/00103; F.M-T); ReSVinext (Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)/PI16/01569/Cofinanciado FEDER); Enterogen (Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)/PI19/01090/Cofinanciado FEDER); OMI-COVI-VAC (PI22/00406/Cofinanciado FEDER, Grupos de Referencia Competitiva (IIN607A2021/05) y la Agencia Galega de Innovación (GAIN; IN845D 2020/23—Xunta de Galicia; España) [F.M-T].

Conflicto de intereses

Federico Martín-Torres ha recibido honorarios de los grupos de empresas GSK, Pfizer Inc, Sanofi, MSD, Seqirus, Biofabri y Janssen por participar en juntas asesoras y reuniones de expertos, y por actuar como orador en congresos fuera del ámbito del trabajo presentado. Federico Martín-Torres también ha actuado como investigador principal en ensayos controlados aleatorios de las empresas mencionadas anteriormente, así como de Ablynx, Gilead, Regeneron, Roche, Abbott, Novavax y MedImmune, con honorarios pagados a su institución.

Bibliografía

1. Bianchini S, Silvestri E, Argentiero A, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Role of Respiratory Syncytial Virus in Pediatric Pneumonia. *Microorganisms*. 2020; 8(12): 2048.
2. Eiland LS. Respiratory syncytial virus: diagnosis, treatment and prevention. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2009; 14(2): 75-85.
3. Stein RT, Bont LJ, Zar H, Polack FP, Park C, Claxton A, et al. Respiratory syncytial virus hospitalization and mortality: Systematic review and meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*; 2017; 52(4): 556-569.
4. Borchers AT, Chang C, Gershwin ME, Gershwin LJ. Respiratory syncytial virus a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2013; 45(3): 331-79.
5. Obando-Pacheco P, Justicia-Grande AJ, Rivero-Calle I, Rodríguez-Tenreiro C, Sly P, Ramilo O, et al. Respiratory Syncytial Virus Seasonality: A Global Overview. *J Infect Dis*. 2018; 217(9): 1356-64.
6. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simões EAF, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *Lancet*. 2017; 390(10098): 946-58.
7. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022; 399(10340): 2047-64.
8. Krilov LR, Noor A, Steele RW. Respiratory Syncytial Virus Infection. In.: *Medscape*; 2019.
9. Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, Kimpen JLL, et al. Respiratory syncytial virus and

- recurrent wheeze in healthy preterm infants. *N Engl J Med.* 2013; 368(19): 1791-9.
10. Mohapatra SS, Boyapalle S. Epidemiologic, experimental, and clinical links between respiratory syncytial virus infection and asthma. *Clin Microbiol Rev.* 2008; 21(3): 495-504.
 11. Wildenbeest JG, Billard MN, Zuurbier RP, Korsten K, Langedijk AC, van de Ven PM, et al. The burden of respiratory syncytial virus in healthy term-born infants in Europe: a prospective birth cohort study. *Lancet Respir Med.* 2023; 11(4): 341-53.
 12. Martínón-Torres F, Carmo M, Platero L, Drago G, López-Belmonte JL, Bangert M, et al. Clinical and economic hospital burden of acute respiratory infection (BARI) due to respiratory syncytial virus in Spanish children, 2015–2018. *BMC Infect Dis.* 2023; 23(1): 385.
 13. Madhi SA, Polack FP, Piedra PA, Munoz FM, Trenholme AA, Simões EAF, et al. Respiratory Syncytial Virus Vaccination during Pregnancy and Effects in Infants. *N Engl J Med.* 2020; 383(5): 426-39.
 14. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med.* 2023; 388(16): 1451-64.
 15. Muller WJ, Madhi SA, Seoane Núñez B, Baca Cots M, Bosheva M, Dagan R, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Term and Late-Preterm Infants. *N Engl J Med.* 2023; 388(16): 1533-4.
 16. Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med.* 2022; 386(9): 837-46.
 17. Viguria N, Martínez Baz I, Moreno Galarraga L, Sierrasesúmaga L, Salcedo B, Castilla J. Respiratory syncytial virus hospitalization in children in northern Spain. *PloS One.* 2018; 13(11): e0206474.
 18. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2010; 375(9725): 1545-55.
 19. Piedimonte G, Pérez MK. Respiratory syncytial virus infection and bronchiolitis. *Pediatr Re.* 2014; 35(12): 519-30.
 20. Gil Prieto R, González Escalada A, Marín García P, Gallardo Pino C, Gil de Miguel A. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children up to 5 Years of Age in Spain: Epidemiology and Comorbidities: An Observational Study. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94(21): e831.
 21. Martínón Torres F, Navarro Alonso JA, Garcés Sánchez M, Soriano Arandes A. The Path Towards Effective Respiratory Syncytial Virus Immunization Policies: Recommended Actions. *Arch Bronconeumol.* 2023; 59(9): 581-588.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Enfermedad neumocócica

Josep Marès Bermúdez

Institut Pediàtric Marès Riera. Blanes. Girona

Resumen

La introducción de las vacunas conjugadas antineumocócicas ha representado una reducción muy significativa de la enfermedad causada por la gran mayoría de los serotipos vacunales. Sin embargo, la emergencia de enfermedad invasiva y no invasiva por serotipos no incluidos en las vacunas es un nuevo reto que debemos afrontar.

La pandemia por COVID-19 nos ha mostrado evidencias sobre la sinergia de algunos virus (especialmente VRS) con neumococo, facilitando el desarrollo de enfermedad pulmonar por este.

La disponibilidad de nuevas vacunas antineumocócicas, 15-valente y 20-valente, y de nuevas estrategias inmunopreventivas frente a VRS, auguran un futuro prometedor en la prevención de la enfermedad neumocócica.

Abstract

The introduction of pneumococcal conjugate vaccines has represented a very significant reduction in the disease caused by most vaccine serotypes. However, the emergence of invasive and non-invasive disease due to serotypes not included in vaccines is a new challenge that we must face.

The COVID-19 pandemic has shown us evidence about the synergy of some viruses (especially RSV) with pneumococcus, facilitating the development of lung disease due to it.

The availability of new pneumococcal vaccines, 15-valent and 20-valent, and new immunopreventive strategies against RSV, augur a promising future in the prevention of pneumococcal disease.

¿Cuál ha sido la evolución de los serotipos vacunales en España tras la introducción de la vacunación antineumocócica?

En 2001 estuvo disponible en España la vacuna antineumocócica 7-valente, utilizada en el mercado privado con cobertura vacunal variable en las distintas zonas geográficas. En 2010 se comercializó la vacuna 13-valente, pero no fue hasta 2015 que fue introducida en el calendario sistemático en España. Datos disponibles de la evolución de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en España, durante los últimos 11 años (2009-2019), antes de la pandemia por COVID-19, permiten corroborar una reducción del 89 % de la ENI por serotipos vacunales en menores de 2 años y del 88 % en niños y niñas de 2 a 5 años. Gracias a la inmunidad de grupo generada por la vacunación pediátrica, se ha producido también un impacto significativo en adultos, con reducción de la ENI por serotipos vacunales de un 67 % en el rango 18-64 años y del 50 % en mayores de 65 años¹.

En relación a los serotipos vacunales causantes de ENI, la carga de enfermedad por el serotipo 3 en menores de 18 años es la que menos reducción ha presentado, siendo este sero-

tipo el más prevalente entre los incluidos en la vacuna como causante de ENI al final del periodo evaluado. También es el serotipo con mayor tasa de fallos vacunales. Los serotipos 19A y 14, a pesar de una reducción significativa, son los serotipos vacunales que siguen en prevalencia al serotipo 3 en el momento actual.

Se ha producido a lo largo de este periodo un incremento lento pero progresivo de serotipos no vacunales por efecto de reemplazo de serotipos en la colonización nasofaríngea en menores de 18 años, especialmente en menores de 2 años, siendo el 24F, seguido del 8, 15A, 12F y 23B los más prevalentes causantes de ENI en el momento actual^{1,2}.

¿Qué hemos aprendido sobre la interacción virus-neumococo durante la pandemia por COVID-19?

Desde hace años, diversos investigadores han ido comunicando datos que sugieren efectos sinérgicos entre determinados virus respiratorios y bacterias que colonizan la nasofaringe. Cada vez disponemos de más datos del efecto protector de la microbiota nasofaríngea sana en el desarrollo de enfermedades respiratorias por virus y bacterias patógenas. El desequilibrio de la microbiota, por diversos factores ambientales o personales, permiten la replicación viral y de patógenos bacterianos en la mucosa y la invasión tisular, generando enfermedad local o sistémica³. La colonización por neumococo favorece el desarrollo de neumonías asociadas a la infección por virus de la gripe, parainfluenza, metaneumovirus y VRS⁴. La colonización por neumococo y/o *Haemophilus influenzae* modula la respuesta inmunitaria del huésped e incrementa la severidad de la infección por VRS, con mayores tasas de hospitalización por bronquiolitis por VRS y mayor severidad de la enfermedad en los *score* de valoración en hospitalizados y no hospitalizados^{5,6}. En estudios experimentales también se ha documentado que la infección viral por VRS, parainfluenza y rinovirus favorece la colonización por neumococo en nasofaringe, y concretamente incrementa la densidad de colonización, aspecto relevante ya que favorece la microaspiración a vías respiratorias bajas en el pulmón aumentando el riesgo de neumonía⁷.

Pero ha sido durante la pandemia por SARS-Cov-2 cuando se ha podido comprobar el impacto de esta sinergia. Concretamente, durante el primer año de pandemia (2019-2020), en el que no hubo prácticamente circulación de otros virus respiratorios (gripe, VRS, metaneumovirus, parainfluenza...), se aplanó casi por completo el pico de neumonías adquiridas en la comunidad en invierno, a pesar de no modificarse las tasas de colonización nasofaríngea por neumococo en menores de 5 años. En la segunda temporada pandémica (2020-2021),

coincidiendo con el pico de infección por VRS, y en menor grado por metaneumovirus, se constató un incremento significativo de neumonía adquirida en la comunidad y de neumonía neumocócica bacteriémica en menores de 5 años. Este fenómeno no se observó con otros virus como gripe, parainfluenza, rinovirus o adenovirus^{8,9}.

La evidencia epidemiológica corrobora las hipótesis experimentales: VRS y neumococo actúan sinérgicamente. La colonización por neumococo aumenta la gravedad de la infección por VRS, y la infección por VRS favorece el desarrollo de enfermedad respiratoria por neumococo.

¿Qué sabemos de las nuevas vacunas antineumocócicas 15 y 20-valente?

A pesar de la gran reducción global de enfermedad neumocócica, invasiva y no invasiva, tanto en los niños como en los adultos, obtenida gracias a la introducción de la vacunación sistemática infantil frente a neumococo, primero con vacuna 7-valente y después con 10 y 13-valente, la persistencia de enfermedad por algunos serotipos vacunales y, sobre todo, el incremento de enfermedad por serotipos no incluidos en las vacunas, obliga el desarrollo de nuevas estrategias: vacunas con mayor número de serotipos y nuevas plataformas vacunales que optimicen el sistema de presentación de antígenos.

Las dos vacunas con desarrollo clínico avanzado y que estarán próximamente disponibles para su utilización en edades pediátricas son las vacunas antineumocócicas conjugadas 15-valente (VNC15-valente) y 20-valente (VNC20-valente).

Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente

La VNC15-valente (Vaxneuvance®, MSD) fue autorizada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para su indicación pediátrica en la prevención de la ENI, neumonía y otitis media por neumococo en octubre de 2022, está ya comercializada en España y disponible para su utilización. Previamente, había estado autorizada desde diciembre de 2021 para la prevención de ENI y neumonía neumocócica en adultos. Esta vacuna incluye los 13 serotipos de la vacuna VNC13-valente (Prevenar 13®, Pfizer) y añade 2 serotipos más: 22F y 33F. Todos los polisacáridos de los serotipos que contiene están conjugados individualmente con la proteína transportadora CRM₁₉₇ y adsorbidos con fosfato de aluminio como adyuvante¹⁰.

En el estudio pivotal fase III con pauta 2+1 (edad 2,4 y 11-15 meses) se comparó la VNC15-valente con la VNC13-valente en coadministración con la vacuna hexavalente (Infanrix®-Hexa, GSK) a los 2, 4 y 11-15 meses y rotavirus oral (Rotarix®, GSK) a los 2 y 4 meses. Vaxneuvance® provocó respuestas inmunitarias, evaluadas por las tasas de respuesta de IgG (% de respondedores), GMCs (media geométrica de la concentración) de IgG y GMTs (media geométrica del título) de OPA (actividad opsonofagocítica), para los 15 serotipos contenidos en la vacuna. A los 30 días de la serie primaria de dos dosis, las tasas de respuestas de IgG específicas de cada serotipo (% de respondedores) y las GMCs fueron en general comparables para los 13 serotipos compartidos y superiores para los 2 serotipos adicionales (22F y 33F) en quienes recibieron la VNC15-valente, en comparación con los que recibieron la VNC13-valente: se cumplieron los criterios de no inferioridad para las tasas de respuesta de IgG para 11 de los 13 serotipos compartidos y para las GMCs en 12 de los 13 serotipos compartidos. Se cumplieron criterios de superioridad para los serotipos añadidos 22F y 33F. A los

30 días de la dosis de refuerzo (dosis 3), todos los serotipos de la VNC15-valente cumplieron criterios de no inferioridad en relación a la respuesta obtenida con la VNC13-valente y mostraron criterios de superioridad los 2 serotipos adicionales, según la tasa de respuesta de IgG y las GMCs de IgG¹⁰.

Excepto para 3 serotipos (serotipos 1,3, y 4) con la VNC15-valente se obtuvo un incremento de los niveles de GMCs de IgG tras la dosis de refuerzo (dosis 3) en relación a los obtenidos tras la serie primaria (dosis 2), indicativo de memoria inmunitaria y protección a largo plazo. En cuanto a la respuesta de anticuerpos funcionales de la VNC15-valente, evaluados por los GMTs de OPA específicos de serotipo a los 30 días de la dosis de refuerzo, fueron generalmente comparables aunque ligeramente inferiores a los de la VNC13-valente para los 13 serotipos compartidos. No hubo interferencia con los antígenos de las vacunas de calendario coadministradas¹⁰.

Con la VNC15-valente se observa un porcentaje superior de vacunados con serorespuesta de IgG frente al serotipo 3 en comparación con VNC13-valente, tanto tras la dosis 2 (serie primaria) de un 93,2 % vs 66,1 %, como tras la dosis 3 (dosis de refuerzo) de un 91,8 % vs 83,7 % respectivamente. Aunque las GMCs también fueron discretamente superiores con la VNC15-valente para este serotipo, ninguna de las dos vacunas VNC15-valente y VNC13-valente, generó una respuesta de GMCs de IgG tras la dosis de refuerzo superior a la obtenida tras la primovacunación, lo que impide confirmar, para ambas vacunas, la génesis de memoria inmunitaria y protección a largo plazo para el serotipo 3.

Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente

La VNC20-valente (Apexxnar®, Pfizer) fue autorizada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para su indicación en adultos en la prevención de la ENI y neumonía por neumococo en febrero de 2022, está ya comercializada en España y disponible para su utilización. La autorización para la indicación pediátrica está pendiente de aprobación por la EMA y se espera a lo largo del segundo semestre de 2023. Esta vacuna incluye los 13 serotipos de la vacuna VNC13-valente (Prevenar 13®, Pfizer) y añade 7 serotipos más: 8, 10A, 11A, 12F, 15B, 22F y 33F. Todos los polisacáridos de los serotipos que contiene están conjugados individualmente con la proteína transportadora CRM₁₉₇ y adsorbidos con fosfato de aluminio como adyuvante¹¹.

En el estudio pivotal fase III con pauta 2+1 (edad 2, 4 y 11-12 meses) se comparó la VNC20-valente con la VNC13-valente en coadministración con una vacuna hexavalente (DTPa-VPI-VHB/Hib) y además 1 dosis de vacuna triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis) y de varicela a los 11-12 meses. Apexxnar® provocó respuestas inmunitarias, evaluadas por las tasas de respuesta de IgG, GMCs de IgG y GMTs de OPA, para los 20 serotipos contenidos en la vacuna. A los 30 días de la serie primaria de dos dosis, las tasas de respuestas de IgG específicas (% de respondedores) para cada serotipo cumplieron criterios de no inferioridad, en relación a la VNC13-valente, para 9 de los 20 serotipos de la VNC-20 y para las GMCs de IgG cumplieron criterios de no inferioridad 16 de los 20 serotipos. Los GMTs de OPA tras la dosis 2 fueron comparables y similares a los obtenidos por VNC13 para los 13 serotipos compartidos y sustancialmente superiores para los 7 serotipos añadidos en la VNC20-valente. A los 30 días tras la dosis de refuerzo (dosis 3) los vacunados con VNC20-valente, en relación a los que recibieron la VNC13-valente, mostraron criterios de no inferioridad

para 19 de los 20 serotipos (no se cumplió el criterio para el 6B) en las GMCs de IgG específicas por serotipo¹².

Los 20 serotipos mostraron tras la dosis de refuerzo (dosis 3) un incremento de los niveles de GMCs de IgG en relación a los obtenidos tras la serie primaria (dosis 2), indicativo de memoria inmunitaria y protección a largo plazo¹². No obstante, como ya es conocido con Prevenar 13®, el incremento de la respuesta inmunitaria (GMCs) tras la dosis de refuerzo para el serotipo 3 es muy inferior a la obtenida para el resto de serotipos, de 0,41 a 0,72, lo que impide confirmar también para esta vacuna, la génesis de memoria inmunitaria y protección a largo plazo para el serotipo 3.

La VNC20-valente también mostró para todos los serotipos que incluye una adecuada producción de anticuerpos funcionales evaluados por el ensayo opsonofagocítico (GMTs de OPA) post-dosis 2 y post dosis 3, con respuestas similares a las obtenidas con la VNC13-valente para los serotipos compartidos y superiores para los 7 serotipos añadidos. No hubo interferencia con los antígenos de las vacunas de calendario coadministradas¹².

¿Las estrategias inmunopreventivas frente a VRS, podrían reducir la carga de enfermedad neumocócica?

Si la evidencia demuestra una sinergia entre ambos patógenos, VRS y neumococo, en la facilitación de la infección, colonización y en producción de enfermedad y su gravedad para ambos, es plausible deducir que la inmunoprofilaxis de ambas infecciones también puede producir un efecto preventivo sinérgico. No hay duda de que la mejor estrategia preventiva global para la enfermedad neumocócica es y seguirá siendo la vacunación antineumocócica con las vacunas disponibles; y para la prevención de las enfermedades asociadas al VRS, la inmunoprofilaxis con vacunas y anticuerpos monoclonales.

Existen datos que apoyan el efecto preventivo de la vacunación antineumocócica en la tasa de hospitalización por neumonías asociadas a virus (gripe, parainfluenza, metaneumovirus y VRS)⁴. Y es altamente probable que, si se establecen estrategias inmunopreventivas frente a VRS para distintos rangos etarios de la población, pueda reducirse en ellos y gracias a esta inmunización, al menos, un porcentaje de enfermedad pulmonar, y quizás mucosal, asociada a neumococo. No hay datos de evidencia clínica que indiquen una asociación entre ambos microorganismos en el incremento de ENI para deducir algún impacto sinérgico con la inmunoprofilaxis frente a VRS.

Pero sin duda, disponer de estas estrategias augura un futuro prometedor en la prevención de ambas enfermedades.

Bibliografía

- de Miguel S, Domenech M, González-Camach F, Sempere J, Vicioso D, Sanz JC, et al. Nationwide trends of invasive pneumococcal disease in Spain from 2009 through 2019 in children and adults during the pneumococcal conjugate vaccine era. *CID*. 2021; 73: e3778.
- Soler-Soneira M, Sastre-García M, Amillategui-Dos-Santos R, López-Peréa N, Masa-Calles J, Cano Portero R. Enfermedad neumocócica invasiva en España. Periodo 2015-2021. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2023; 31(1): 23-36.
- Hakansson AP, Orihuela CJ, Bogaert D, et al. Bacterial-host interactions: physiology and pathophysiology of respiratory infection *Physiol Rev*. 2018; 98: 781-811. Disponible en: <https://doi.org/10.1152/physrev.00040.2016>.
- Madhi SA, Ludewick H, Kuwanda L, van Niekerk N, Cutland C, Littleet T, al. Pneumococcal coinfection with human metapneumovirus. *J Infect Dis*. 2006; 193: 1236-1243. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/503053>.
- Díaz-Díaz A, Bunsow E, García-Maurino C, Moore-Clingenpeel M, Naples J, Juergensen A, et al. Nasopharyngeal Codetection of Haemophilus influenzae and Streptococcus pneumoniae Shapes Respiratory Syncytial Virus Disease Outcomes in Children. *J Infect Dis*. 2022.
- de Steenhuisen P, WAA, Heinonen S, Hasrat R, Bunsow E, Smith B, Suárez-Arrabalet MC, al. Nasopharyngeal Microbiota, Host Transcriptome, and Disease Severity in Children with Respiratory Syncytial Virus Infection. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016.
- Mitsi E, Beatriz Carniel B, Reiné J, Rylance J, Zaidi S, Soares-Schanoskiet A, et al. Nasal pneumococcal density is associated with microaspiration and heightened human alveolar macrophage responsiveness to bacterial pathogens. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020; 201: 335-347. Disponible en: <https://doi.org/10.1164/rccm.201903-0607OC>.
- Danino D, Ben-Shimol S, van der Beek BA, Givon-Lavi N, Shermer-Avni Y, Greenberget D, al. Decline in Pneumococcal Disease in Young Children During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Israel Associated With Suppression of Seasonal Respiratory Viruses, Despite Persistent Pneumococcal Carriage: A Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2022; 75: e1154-e1164. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab1014>.
- Dagan R, van der Beek BA, Ben-Shimol S, Greenberget D, Shermer-Avni Y, Weinberger DM, et al. The COVID-19 pandemic as an opportunity for unravelling the causative association between respiratory viruses and pneumococcus-associated disease in young children: a prospective study. *eBioMedicine*. 2023; 90: 104493. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104493>.
- European Medicines Agency. Ficha técnica de Vaxneuvance® 12/05/2023. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxneuvance-epar-product-information_en.pdf.
- European Medicines Agency. Ficha técnica de Apexxnar 16/01/2023. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/apexxnar-epar-product-information_en.pdf.
- Argyris P, Korbal P, Wysocki J, Tamimi N, Kline M, Drozd J, et al. Phase 3 safety and immunogenicity study of a 20 valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV20) administered in a 3-dose infant immunization series. *ESPID 2023 Meeting*. Lisbon 8-12 may. Abstract number O0086.

Mesa redonda simultánea

Desabastecimiento de fármacos: ¿por qué y hasta cuándo?

Soluciones ante el desabastecimiento de medicamentos: una prioridad para los farmacéuticos

Alfredo Menéndez Antolín

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias

Vivimos un mundo globalizado, y al igual que sucede en otros sectores, en el farmacéutico los problemas de disponibilidad de unos países tienen un efecto cascada en otros.

España, al igual que otros países desarrollados, cuenta con una importante industria farmacéutica, pero es habitual que con medicamentos que llevan mucho tiempo en el mercado, y su precio intervenido ha llegado a niveles muy bajos, se externalice la producción concentrándose en países donde los costes laborales son menores.

Los farmacéuticos, que no somos responsables de los desabastecimientos, nos esforzamos para buscar soluciones. Somos conscientes de que la situación de los problemas de suministro de los medicamentos indicados para Pediatría es especialmente relevante, al ser un colectivo vulnerable en el que existen menor número de presentaciones comercializadas que pueden servir como alternativa terapéutica.

Desde las farmacias, se trabaja diariamente para optimizar la gestión de existencias y asegurar que los pacientes no vean interrumpidos su tratamiento.

Los COFs estamos en permanente contacto con las autoridades sanitarias, los laboratorios fabricantes y la distribución farmacéutica, con el fin de dar respuesta a los ciudadanos ante este problema, como hacemos siempre con cualquier incidencia similar.

En los últimos años hemos desarrollado herramientas informáticas, como apoyo ante los problemas de suministro, a la que ya se han adherido miles de farmacias en nuestro país, como:

- Herramienta **Farmahelp**, se trata de un sistema de comunicación entre farmacias para ayudar al paciente, cuando no se dispone del medicamento en una y localizarlo en la más cercana.
- **Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos (CISMED)**, se trata de una plataforma cuyo objetivo

es hacer un seguimiento de los problemas de suministro de medicamentos para poder entablar medidas correctoras; se basa en el registro, desde miles de farmacias colaboradoras, de aquellas referencias que las entidades de distribución no están suministrando a la farmacia.

Los medicamentos son un bien estratégico y los estados precisan reforzar la industria nacional para asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales, incluso los medicamentos que se fabrican en plantas europeas dependen en su obtención de materias primas, principios activos y excipientes, procedentes de terceros países, fundamentalmente de China y otros países asiáticos.

El bajo precio de los medicamentos en España no incentiva a la comercialización de medicamentos que también son demandados en terceros países, donde los precios son mayores. La intervención del precio debería establecer, para todos los medicamentos esenciales, un umbral de precio que asegure una rentabilidad suficiente para que esta variable no sea un factor que agrave los problemas de suministro. Las autoridades europeas deben tomar en consideración la implantación de un plan estratégico que garantice la disponibilidad de los medicamentos, estableciendo medidas económicas para reforzar su viabilidad de fabricación, incluidos sus precursores primarios en nuestro entorno.

Las autoridades reguladoras han iniciado acciones para reforzar los sistemas de contingencia; hoy en día, la gran mayoría de los problemas de suministro tienen alternativas terapéuticas y hasta ahora no se han producido situaciones alarmantes desde el punto de vista sanitario, a pesar de que la repercusión mediática, en algunos casos, ha sido desproporcionada.

Los profesionales sanitarios debemos hacer una llamada a la calma y confianza en que estos problemas no afecten realmente al sistema sanitario de forma importante.

Desabastecimiento de fármacos

Esther Cobo*, Reyes Castillo Vázquez**

*Jefe de Área de Control de Medicamentos de la AEMPS. Madrid

**Unidad de Coordinación del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Madrid

Consultar el resumen de la ponencia en el nº6 de 2023 (Editorial) – *Pediatr Integral 2023; XXVII (6): 300–301*.
Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-09/desabastecimiento-de-farmacos/>

Pubertad normal y sus variantes.

Diagnóstico de pubertad precoz

Belén Huidobro Fernández, Carlos Pérez Méndez

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Introducción

La pubertad es la fase del desarrollo con la que se inicia la transición desde la infancia a la edad adulta, caracterizada principalmente por cambios hormonales y físicos, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el crecimiento hasta la talla adulta¹. Es un proceso biológico en el que se alcanza la maduración completa de las gónadas y las glándulas suprarrenales, se modifica la composición corporal y se adquiere el pico de masa ósea^{1,2}. Además, se producen importantes cambios conductuales y psicológicos. Tanto la edad de inicio de la pubertad como su ritmo de progresión, presentan una importante variabilidad interindividual, lo que motiva que las familias consulten frecuentemente en Atención Primaria. Para poder identificar aquellos casos que son variantes de la normalidad y discriminar los que precisan estudios complementarios, es fundamental conocer la cronología de la pubertad normal y su fisiología.

En las niñas, el inicio puberal lo marca la aparición del botón mamario (telarquia) y en los niños el aumento del volumen testicular (mayor o igual a 4 ml)¹. En nuestro medio se define la pubertad normal, como la que comienza entre los 8 y los 13 años en las niñas y entre los 9 y los 14 años en los niños^{1,3}. En las últimas décadas se ha descrito un adelanto del inicio puberal en las niñas, por lo que algunas sociedades plantearon disminuir el umbral de edad de inicio normal de la pubertad en las niñas. Sin embargo, dado que la edad de la menarquia se ha mantenido estable y la posibilidad de que se escaparan al diagnóstico algunos casos de patologías graves, se ha mantenido el límite inferior de 8 años para el inicio normal de la pubertad³⁻⁵.

Fisiología de la pubertad

La activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal es la responsable del inicio de la pubertad, pero se desconoce cuál es el mecanismo exacto que induce dicha activación¹. El comienzo puberal viene marcado por un aumento en la secreción pulsátil de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) desde el hipotálamo. La GnRH estimula la liberación de las hormonas folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH), que estimulan la esteroidogénesis sexual y promueven la gametogénesis en las gónadas.

Una activación similar del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal ocurre hacia la mitad del embarazo y, posteriormente, durante las primeras semanas de vida, con elevación de FSH y LH. Es la llamada “minipubertad”, que puede durar hasta los 6 meses en varones y hasta los 3-4 años en niñas^{1,2}. La secreción de FSH durante la minipubertad favorece el desarrollo de folículos ováricos en las niñas, que pueden segregar estradiol y ocasionar desarrollo mamario (telarquia del lactante), que puede ser fluctuante⁶.

Después de este periodo, el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal permanece inactivo hasta el inicio puberal. Esta inhibición no es completa, especialmente en niñas, en las que la FSH puede estimular la formación de quistes foliculares ováricos productores de estrógenos, ocasionando un desarrollo mamario autolimitado y fluctuante (telarquia prematura)⁶.

Unos dos años antes de que aparezcan los primeros signos clínicos de pubertad, comienza de forma progresiva la secreción pulsátil de GnRH, que provoca un aumento de la secreción de gonadotropinas, con predominio de LH. En los varones, la FSH estimula la proliferación de las células de Sertoli y las espermatogonias, con el consiguiente crecimiento de los túbulos seminíferos y del volumen testicular. La LH estimula las células de Leydig, que producirán testosterona, responsable del crecimiento del pene, el cambio en la voz, el vello sexual y el desarrollo de la musculatura. En las niñas, la FSH estimula el crecimiento de los folículos ováricos y, en conjunción con la LH, estimula la producción de estradiol en los ovarios. Este estradiol estimula el desarrollo mamario y es responsable de la aceleración de la velocidad de crecimiento. Más tarde, la interacción entre la secreción de las gonadotropinas y los estrógenos será la responsable de la ovulación y los ciclos menstruales^{1,2}.

En ambos sexos, los esteroides sexuales pero, sobre todo el estradiol, son responsables de la aceleración del crecimiento propia de la pubertad y, posteriormente, de la maduración esquelética, que marca la finalización del crecimiento.

Factores implicados en el inicio de la pubertad

La pubertad es un proceso complejo, en el que influyen factores genéticos, metabólicos, ambientales, raciales, geográficos y económicos, siendo los factores genéticos los que juegan el papel más relevante^{1,3,5}. Es probable que la activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal sea el resultado de la acción sinérgica de varios factores, entre los que destacan factores activadores, como la kisspeptina y la neuroquinina B, y otros inhibidores, como las proteínas MKRN3 y DLK1, cuyas mutaciones se han asociado, tanto a pubertad precoz como a hipogonadismo y retraso puberal⁶⁻⁹.

La nutrición y el tejido adiposo también juegan un papel relevante en el inicio y progresión puberal, principalmente a través de la acción de la leptina. La obesidad se ha relacionado con una pubertad más temprana, especialmente en niñas. La desnutrición y la disminución de la masa grasa corporal se asocian a un retraso puberal o incluso a un hipogonadismo. Los factores ambientales, entre los que destacan los disruptores endocrinos, también se han involucrado en el inicio puberal, al igual que factores sociales, como la adopción internacional^{5,10}. En los últimos años se ha descrito un adelanto puberal en las niñas adoptadas procedentes de otros países, observán-

dose un riesgo 25 veces mayor de desarrollar pubertad precoz central idiopática en estas niñas respecto a la población nacida en España¹⁰.

Evolución clínica de la pubertad

Desde el punto de vista clínico, la pubertad se caracteriza por la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de forma secuencial, pero con ciertas variaciones en el tiempo de inicio, la secuencia y la progresión. A finales de los años sesenta, Marshall y Tanner categorizaron la pubertad en 5 estadios, en base al desarrollo mamario en las niñas, el desarrollo genital en los niños y el vello pubiano en ambos sexos (Fig. 1)^{11,12}.

En las niñas, la pubertad comienza con la aparición del botón mamario (estadio 2)¹¹, a una edad media de 10,5-11 años. Es un nódulo de tejido glandular, palpable y firme, a veces sensible, situado debajo de la areola. Para su exploración es fundamental la palpación, especialmente en las niñas con obesidad, para diferenciarlo de la adipomastia (tejido adiposo, más blando, no doloroso). La telarquia puede ser unilateral inicialmente, aunque siempre progresa a bilateral. En el estadio 3, el tejido mamario crece por fuera del diámetro de la areola y la mama adquiere un contorno redondeado. En el estadio 4, la areola y el pezón se sobreelevan, y en el 5, volverán a situarse en el mismo plano que la mama. Algunas mujeres no progresan al último estadio, permaneciendo en el 4. El vello pubiano suele aparecer unos meses después que el botón mamario, en relación con la producción de andrógenos en las glándulas suprarrenales (adrenarquia), pero en ocasiones puede preceder al inicio de la pubertad. La primera menstruación (menarquia) suele ocurrir en el estadio 4, unos dos años después del inicio puberal (variabilidad entre 6 meses y 3 años), habitualmente con una edad ósea de 13 años. Los primeros ciclos suelen ser anovulatorios.

En los varones, la primera manifestación de la pubertad es el crecimiento testicular y escrotal, cuya piel se hace más rugosa y oscura (estadio 2)¹². Se considera iniciada la pubertad, cuando el volumen testicular alcanza los 4 ml según el orquidómetro

de Prader, la edad media es 11,5-12 años. Simultáneamente o unos meses más tarde, suele aparecer el vello pubiano. El crecimiento del pene comenzará aproximadamente un año después, pasando al estadio 3 de Tanner, que se correlaciona con un volumen testicular de 8-12 ml. En esta fase suele iniciarse el estirón puberal, comienza a crecer el vello axilar y puede aparecer ginecomastia. El cambio de voz y la aparición de vello en otras zonas de influencia androgénica suele aparecer algo más tarde (estadio 4). La primera eyaculación suele aparecer en los estadios 3-4. La mayoría de los adultos suele alcanzar un volumen testicular de 15-25 ml (estadio 5).

Crecimiento durante la pubertad

El patrón de crecimiento durante la pubertad es diferente entre ambos sexos. En la etapa previa al inicio de la pubertad se produce un enlentecimiento de la velocidad de crecimiento, más marcado en varones, especialmente aquellos con retraso puberal. En las niñas, la aceleración del crecimiento suele iniciarse en el estadio 2, con el pico de velocidad de crecimiento en el estadio 3 (8-8,5 cm/año). Posteriormente, el ritmo de crecimiento irá disminuyendo progresivamente, hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento aproximadamente a los 15 años de edad ósea. El crecimiento medio después de la menarquia es de unos 7 cm.

En los varones el estirón puberal es más tardío que en las niñas, iniciándose en el estadio 3 (unos 2 años más tarde que en las niñas), alcanzando el pico de velocidad de crecimiento en el estadio 4 (10-11 cm/año). El crecimiento en varones finaliza habitualmente a los 17 años de edad ósea.

El estirón puberal no está influido por la talla genética, pero sí está afectado por el ritmo de maduración: los maduradores precoces tendrán un mayor estirón y los tardíos menor, lo que contribuye a compensar el menor o mayor crecimiento en los años prepuberales¹³.

Pubertad precoz

Se considera pubertad precoz, el inicio del desarrollo puberal antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños³. Puede tratarse desde una variante normal del desarrollo en la que

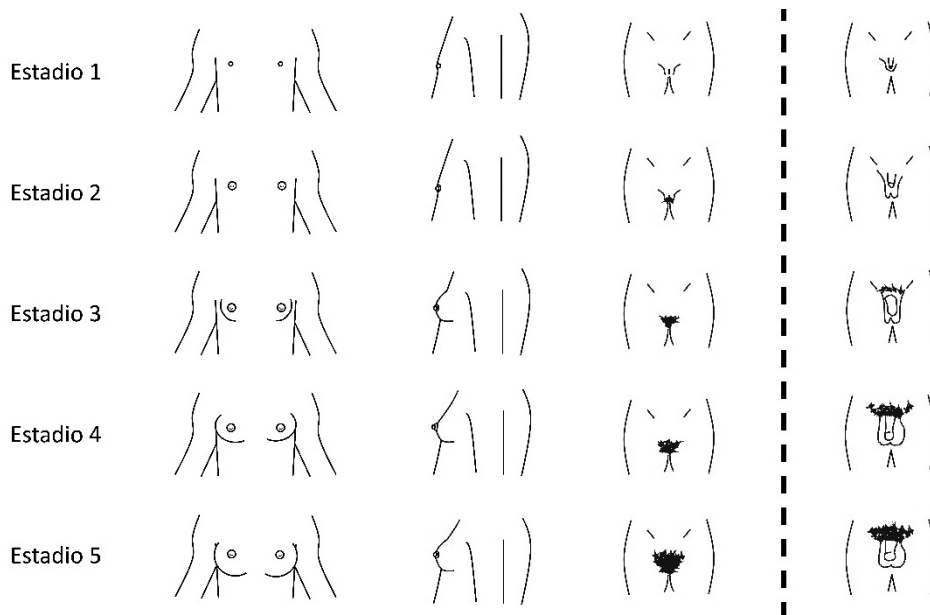


Figura 1. Estadios puberales según Marshall y Tanner.

Tabla I. Etiología de la pubertad precoz

Pubertad precoz central	Pubertad precoz periférica
1. <i>Idiopática</i>	
2. <i>Genética</i> – Gen <i>MKRN3</i> (mutaciones inactivantes)* – Gen <i>DLK1</i> (mutaciones inactivantes)* – Gen <i>KISS1R</i> (mutaciones activantes) – Gen <i>KISS1</i> (mutaciones activantes) – Gen <i>TAC3</i> (mutaciones activantes) – Gen <i>TAC3R</i> (mutaciones activantes)	1. <i>Genética</i> – Síndrome de McCune-Albright – Testotoxicosis – Hiperplasia suprarrenal congénita – Hipoplasia suprarrenal congénita por mutación del gen <i>NROB1</i>
3. <i>Patología intracraneal</i> – Tumores de SNC (harmatoma hipotalámico, glioma, ependimoma, astrocitoma, pinealoma, germinoma y craneofaringioma) – Anomalías congénitas (quiste aracnoideo, hidrocefalia, displasia septo-óptica, mielomeningocele...) – Traumatismo craneoencefálico – Radioterapia – Hemorragia intracraneal – Enfermedad granulomatosa – Infección del SNC – Encefalopatía hipóxico-isquémica	2. <i>Adquirida</i> – Quistes ováricos – Tumores ováricos – Tumores de la glándula suprarrenal – Tumores testiculares (células de Leydig) – Tumores germinales secretores de β -HCG – Ingesta o contacto accidental con esteroides sexuales – Hipotiroidismo primario
4. <i>Pubertad precoz mixta</i> (inicialmente periférica)	
* <i>Impronta materna (se heredan únicamente por vía paterna).</i>	

únicamente se realizará seguimiento clínico, hasta condiciones patológicas con riesgo de morbilidad¹⁴.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios es producida por una elevación de los esteroides sexuales, que puede deberse a una activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal o puede ser independiente del mismo^{3,14}, en función de lo que se clasificará la pubertad precoz en:

- Pubertad precoz central (PPC): activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que ocurre antes de tiempo. Se caracteriza por una secuencia normal en la aparición de los caracteres sexuales secundarios (botón mamario y vello pubiano en niñas, crecimiento testicular y, posteriormente, crecimiento del pene y vello pubiano en niños). Siempre es isosexual, es decir, acorde al sexo del niño. En las niñas, la mayoría de las veces es idiopática, mientras que en varones hasta un 20-75 % de los casos son patológicos.
- Pubertad precoz periférica (PPP): elevación de los estrógenos o andrógenos, independiente de la activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, ya sea por producción endógena (gonadal o suprarrenal) o por aporte exógeno. Puede ser isosexual o heterosexual (virilización de niñas o feminización de niños). Los caracteres sexuales secundarios pueden perder su secuencia de aparición, pudiendo ser el primer signo de desarrollo puberal un crecimiento significativo del pene sin aumento del volumen testicular o una menstruación sin desarrollo mamario. Los niveles elevados de esteroides sexuales ejercen una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, con valores suprimidos de LH y FSH.
- Pubertad precoz mixta o combinada: una PPP mantenida en el tiempo puede provocar la maduración del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal originando una PPC secundaria.

La pubertad precoz es una enfermedad con una incidencia baja y difícil de establecer, siendo un motivo de consulta más frecuente en el sexo femenino^{3,13}. Más del 90 % de los casos se trata de PPC.

Etiología

Las causas de pubertad precoz se presentan en la tabla I. En la PPC la mayoría de los casos son de origen idiopático, sobre todo en niñas. No obstante, en los últimos años se han descrito mutaciones en diversos genes que podrían explicar casos que previamente se habrían catalogado como idiopáticos. Dentro de ellos, las mutaciones inactivantes en heterocigosis del gen *MKRN3*, se han convertido en la principal causa (hasta el 46 % de los casos familiares, con impronta materna y, por tanto, heredada por vía paterna)^{3,15}. La patología intracraneal presenta una incidencia mayor en varones, siendo lo más frecuente el hamartoma hipotalámico, especialmente en los niños más pequeños y asociando en ocasiones crisis de tipo gelástico.

La PPP es una entidad rara y puede ser la manifestación inicial de un tumor productor de esteroides sexuales y en varones de hormona gonadotropina coriónica (β -hCG), lo que se debe tener en cuenta a la hora de solicitar estudios complementarios. También puede ser de origen genético (síndrome de McCune Albright, testotoxicosis, hiperplasia suprarrenal congénita) o por aporte exógeno de esteroides sexuales o disruptores endocrinos, cuyo papel como causantes de pubertad precoz está en estudio^{5,14}.

Variantes de la normalidad

Como hemos dicho, existen variantes normales del desarrollo puberal que deben diferenciarse de la patología de la pubertad y que no precisan tratamiento. En estos casos es fundamental informar a las familias, tranquilizarlas y realizar seguimiento periódico de los niños:

- Adrenarquia prematura aislada: es la aparición de vello pubiano (pubarquia) y/o axilar (axilarquia) antes de los 8 años en la niña y de los 9 años en el niño. Se debe a la activación de las glándulas suprarrenales, con valores normales de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), androstendiona, 17-hidroxiprogesterona y testosterona. Los valores de DHEAS pueden estar elevados para la edad cronológica, pero no para el estadio de Tanner. La adrenarquia prematura aislada puede asociar olor apocrino corporal o acné, así como una aceleración discreta de la velocidad de crecimiento y la maduración ósea, pero que no afectan a la pubertad posterior ni a la talla final. En los casos, en los que la edad ósea esté acelerada más de 2 desviaciones estándar o haya una virilización progresiva, deberán realizarse estudios complementarios, haciendo diagnóstico diferencial con las formas tardías de hiperplasia suprarrenal congénita.
- Telarquia prematura aislada: aparición de desarrollo mamario aislado antes de los 8 años, pero que no se acompaña de aceleración de la velocidad de crecimiento ni de la maduración ósea. Tampoco hay otros signos de desarrollo puberal. Suele haber dos picos de presentación: en los primeros 2 años de vida (telarquia del lactante) y entre los 6 y los 8 años. En muchos casos es fluctuante y se ha relacionado con la secreción transitoria de estradiol por quistes foliculares ováricos. También se ha relacionado con el aumento de estradiol por el consumo de alimentos contaminados con anabolizantes hormonales y disruptores endocrinos. La telarquia del lactante se ha relacionado con la minipubertad y, al igual que la neonatal, no precisa estudios complementarios. En caso de realizar determinación de gonadotropinas y estradiol, los valores deberían estar en rango prepuberal. Conviene recordar que las niñas menores de 3 años pueden presentar elevaciones de gonadotropinas, por lo que hay que interpretar los resultados con precaución en este grupo de niñas. La edad ósea debe ser acorde o discretamente acelerada. Como el desarrollo mamario puede ser el primer signo de una pubertad precoz, debe realizarse seguimiento clínico de estas niñas cada 3-6 meses, valorando la velocidad de crecimiento y la aparición de otros caracteres sexuales¹⁶.
- Menarquia precoz aislada: sangrado vaginal prepuberal aislado y autolimitado, aunque puede repetirse, en ausencia de otros caracteres sexuales secundarios^{15,17}. Se desconoce el mecanismo causante, se ha relacionado con un aumento de la sensibilidad del endometrio a los estrógenos circulantes o a una activación transitoria del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. El diagnóstico es de exclusión, descartando otras causas de sangrado urogenital como vulvovaginitis, traumatismo genital, abuso sexual, cuerpos extraños, tumores o, en los casos recurrentes, pubertad precoz periférica. Debe realizarse una historia clínica y una exploración física detalladas, para identificar signos de alarma (Tabla II) y guiar las pruebas complementarias¹⁷. Si no hay signos de alarma y se ha producido un único episodio de sangrado vaginal, podría adoptarse una actitud expectante, sin realizar pruebas complementarias¹⁸. En los casos recurrentes o con signos de alarma, estos guiarán las exploraciones complementarias, que normalmente incluirán una edad ósea, determinación hormonal y ecografía abdominopélvica, que en los casos de menarquia prematura aislada no suelen mostrar datos relevantes (edad ósea no acelerada, gonadotropinas y

Tabla II. Señales de alarma en el sangrado vaginal (modificada de Drever)

En la historia clínica:

- Sangrado recurrente
- Sangrado abundante
- Síndrome constitucional

En la exploración física:

- Telarquia (especialmente si no correspondiente a menarquia -S2- o con secuencia de aparición de caracteres sexuales anómala)
- Sangrado vaginal profuso
- Alteraciones en la exploración genital (cambios cutáneo-mucosos, prolapso uretral, masa que sobresale por introito vaginal)
- Masa abdominal
- Manchas café con leche

estradiol prepuberales y ecografía normal porque, aunque haya habido un quiste ovárico responsable de la producción de estrógenos, suele haber desaparecido cuando se realiza la ecografía). Las niñas con menarquia precoz aislada experimentan más tarde una pubertad normal con menstruaciones regulares.

- Ginecomastia puberal: es el desarrollo glandular mamario en el varón, puede ser unilateral o bilateral. Suele aparecer en el estadio 3 de Tanner y regresa espontáneamente en 1-2 años. No precisa estudios complementarios. La ginecomastia se considera que no es fisiológica cuando: aparece en niños prepuberales (excluyendo el periodo neonatal), es rápidamente progresiva, alcanza un diámetro mayor de 4 cm o es persistente. En estos casos sí que precisará derivación para estudio.
- Pubertad temprana: se define así cuando la pubertad se inicia en el extremo inferior del rango normal, es decir, entre los 8 y 9 años en las niñas y los 9 y 10 años en los niños, aunque algunos autores incluyen también los meses previos. La edad ósea suele estar levemente avanzada, concordante con el desarrollo puberal (al inicio puberal 10,5-11 años en niñas, 12 -13 años en niños). Suelen ser niñas y niños que desde edades tempranas presentan un crecimiento acelerado que se manifiesta por una talla por encima de su talla genética y un desarrollo temprano de los caracteres sexuales secundarios. Finalmente, suelen alcanzar una talla final acorde a su talla genética, pero antes que los demás, ya que dejan de crecer antes que la mayoría de sus iguales. No se benefician del tratamiento frenador de la pubertad, pero es necesario realizar seguimiento e informar a las familias sobre su evolución.

Evaluación diagnóstica

Ante un niño o niña que consulta por una posible pubertad precoz, lo primero es valorar si realmente está ocurriendo antes de tiempo y diferenciarlo de las variantes de la normalidad. Todas las niñas con aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años y los niños antes de los 9 años, deben ser evaluados de manera minuciosa, con historia clínica y exploración física detalladas. De forma general, a menor edad, mayor necesidad de pruebas complementarias. Por el contrario, mientras más próximos estén a la edad de inicio puberal, especialmente si presentan factores como obesidad o antecedentes familiares

de pubertad precoz, la probabilidad de patología orgánica será menor¹⁴. Dada la tendencia al inicio más precoz del desarrollo puberal en niñas, en aquellas que tengan entre 7 y 8 años, si la historia clínica y la exploración física no revelan ningún signo de alarma, estaría indicado el seguimiento clínico sin necesidad de realizar otras pruebas¹⁴. Otro aspecto fundamental es establecer si la secuencia es compatible con una PPC o si por el contrario no se trata de la secuencia habitual, en cuyo caso tendremos que sospechar una PPP.

La evaluación inicial incluirá la historia clínica y la exploración física y, en la mayoría de los casos, una edad ósea. En función de los hallazgos, podrá estar indicada la realización de pruebas de imagen y determinaciones hormonales:

- Historia clínica: se debe interrogar sobre la edad cronológica de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y su progresión. Si es posible debe construirse la gráfica de crecimiento para valorar si ha habido aceleración del crecimiento o preguntar por signos indirectos del mismo, así como la presencia de cefalea, cambios en la visión o el comportamiento. También debe investigarse la exposición a esteroides sexuales o disruptores endocrinos. En los antecedentes familiares debe preguntarse por el inicio puberal en padres, hermanos y abuelos.
- Exploración física: debe recogerse el peso, la talla y el índice de masa corporal. La pubertad se asocia a una aceleración de la velocidad de crecimiento, por lo que se debe valorar la gráfica de crecimiento y, si no hay dicha aceleración, es más probable que se trate de una variante de la normalidad.
 - En las niñas debe comprobarse la existencia de telarquía mediante inspección y palpación. Los cambios en la pigmentación areolar o la sensibilidad, pueden ayudar a diferenciar el botón mamario de la adipomastia. En los varones debe valorarse el volumen testicular con un orquidómetro y el desarrollo del pene, ante una PP con volumen testicular menor de 4 ml sospecharemos un origen periférico. También debe valorarse la presencia de asimetrías o masas en los testículos.
 - En ambos sexos debe buscarse otros signos clínicos sugerentes de desarrollo puberal como el vello pubiano y axilar, acné, olor corporal o ginecomastia. Debemos prestar atención a la presencia de estigmas cutáneos, como las manchas café con leche o masas abdominales. También se debe realizar una exploración neurológica básica.
- Pruebas de imagen:
 - Edad ósea (radiografía de muñeca-mano no dominante): suele realizarse a todos los pacientes, ya que si no está avanzada, probablemente el desarrollo puberal sea normal. Se considera una aceleración significativa cuando está por encima de 2 desviaciones estándar respecto a la edad cronológica. Permite además realizar una predicción de talla final.
 - Ecografía abdominopélvica: permite valorar el volumen uterino y ovárico, la relación *fundus/cérvix* (si es superior a 1 sugiere desarrollo puberal), y la presencia de línea endometrial, por lo que es útil para el diagnóstico diferencial entre PPC y las variantes de la normalidad. También puede detectar patología tumoral suprarrenal y ovárica.
- Ecografía testicular: debe solicitarse siempre que haya asimetría testicular, para descartar patología tumoral.
- Resonancia magnética craneal: para descartar patología tumoral intracraneal. Debe realizarse en todos los varones con PPC y valorarse en las niñas con PPC, especialmente si presentan algún signo de alarma y si son menores de 6 años³.
- Determinaciones hormonales:
 - Valores basales de LH y FSH: no suelen aportar información relevante al inicio de la pubertad. En los últimos años se han desarrollado ensayos de inmunoquimoluminiscencia de alta sensibilidad que aportan más información, siendo sugestivos de PPC valores de LH por encima de 0,2-0,3 mU/ml, no obstante, no suelen estar disponibles en nuestro medio.
 - Test de estímulo con análogos de GnRH intravenoso (en nuestro medio gonadorelina 100 mcg/m², máximo 100 mcg): se determinan las concentraciones de LH y FSH basales y a los 15, 30, 45, 60 y 90 min (en la práctica clínica suele simplificarse el test con 2-3 extracciones, además de la basal). Es la prueba complementaria con más valor en el diagnóstico de la pubertad precoz. En la etapa prepuberal, la respuesta es menor que durante la pubertad, con predominio de FSH. A medida que progresa la pubertad, la respuesta es mayor, con predominio de LH. No está establecido un punto de corte óptimo, en general un pico de LH mayor de 5-7 mU/mL (10 mU/ml en la minipubertad de las niñas pequeñas) es sugerente de PPC, especialmente si asocia un cociente LH/FSH $\geq 0,6$. En las variantes normales de la pubertad, los niveles basales de LH y FSH, así como su respuesta a la prueba de estímulo con GnRH se encuentran en rango prepuberal. En la PPP se produce una ausencia de respuesta de LH y FSH junto con niveles puberales de estradiol o testosterona.
 - Estradiol y/o testosterona: la determinación de testosterona es útil en los varones, siendo sugestivos de pubertad valores por encima de 0,5 ng/ml. Si asocia gonadotropinas suprimidas será sugestivo de PPP. Los valores de estradiol determinados habitualmente por inmunoensayo son menos sensibles para distinguir los casos de pubertad precoz en fases tempranas. Si disponible, la espectrometría de masas en tándem es más sensible.
 - Andrógenos suprarrenales: la determinación de DHEAS, androstendiona, 17 hidroxiprogesterona y testosterona se solicitará en niñas y niños con pubarquia prematura y aceleración de la edad ósea. La elevación de la DHEAS es típica de la adrenarquia prematura y los valores de 17-hidroxiprogesterona por encima de 2 ng/ml obligarán a descartar una hiperplasia suprarrenal congénita.
 - β -HCG: deberá solicitarse en la PPP en los varones, si valores elevados habrá que buscar un tumor productor de β -HCG.
- Estudios genéticos: en los casos de PPCI con antecedentes familiares, se valorará el estudio del gen MKRN3 en función de la disponibilidad. En casos concretos, como la sospecha de un síndrome de McCune-Albright o la testotoxicosis, está indicado el estudio genético concreto (GNAS en muestra de tejido afecto y gen del receptor de LH, respectivamente).

Tratamiento

En la PPC se utilizan análogos de GnRH, que estimulan de forma continuada las células hipofisarias, provocando una desensibilización de los receptores de GnRH por la que se inhibe la secreción de gonadotropinas. Habitualmente, se detiene la progresión de la pubertad, con disminución de la velocidad de crecimiento y del ritmo de maduración esquelética. En nuestro medio, el análogo más empleado es la triptorelina intramuscular, con presentaciones depot que pueden administrarse cada 4 semanas, trimestral o semestralmente. El tratamiento de la PPP es más complejo y excede el objetivo de este artículo.

Comentarios finales

Cuando una familia consulta por sospecha de pubertad precoz, el pediatra de Atención Primaria debe realizar el enfoque diagnóstico, principalmente basado en una anamnesis y una exploración física detalladas, así como en la curva de crecimiento y, en la mayoría de los casos, una edad ósea. De esta forma, podrá identificar la mayor parte de las variantes normales de la pubertad, en las que únicamente estará indicado el seguimiento clínico para valorar si hay progresión de los caracteres sexuales secundarios. Cuando la sospecha clínica sea de pubertad precoz, deberá derivarse a la consulta de Endocrinología Infantil, excepto en las niñas con PPC con edad comprendida entre los 7 y 8 años y sin signos de alarma, en las que podría valorarse realizar un seguimiento estrecho, informando y tranquilizando a las familias.

Bibliografía

1. Wood CL, Lane LC, Cheetham T. Puberty: Normal physiology (brief overview). *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019; 33: 101265. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2019.03.001>.
2. Biro FM, Chan YM. Normal puberty. En: *Uptodate.* Post TW, ed. Waltham MA. 2023.
3. Cheuiche AV, da Silveira LG, de Paula LCP, Lucena IRS, Silveiro SP. Diagnosis and management of precocious sexual maturation: an updated review. *Eur J Pediatr.* 2021; 180(10): 3073-87.
4. Sørensen K, Mouritsen A, Aksglaede L, Hagen CP, Mogensen SS, Juul A. Recent secular trends in pubertal timing: implications for evaluation and diagnosis of precocious puberty. *Horm Res Paediatr.* 2012; 77: 137-45.
5. López-Rodríguez D, Franssen D, Heger S, Parent AS. Endocrine-disrupting chemicals and their effects on puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2021; 35: 101579.
6. Pozo Román J. Pubertad Normal. *Pediatr Integral.* 2020; XXIV: 231.e1-10. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-06/pubertad-normal/>.
7. Argente J. Avances en el estudio molecular de la pubertad precoz. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2016; 7 Suppl(1): 31-3.
8. True C, Nasrin Alam S, Cox K, Chan YM, Seminara SB. Neurokinin B is critical for normal timing of sexual maturation but dispensable for adult reproductive function in female mice. *Endocrinology.* 2015; 156(4): 1386-97.
9. Dauber A, Cunha-Silva M, Macedo DB, Brito VN, Abreu AP, Roberts SA, et al. Paternally Inherited DLK1 Deletion Associated With Familial Central Precocious Puberty. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102: 1557-67.
10. Soriano-Guillén L, Corripio R, Labarta JI, Cañete R, Castro-Feijóo L, Espino R, et al. Central precocious puberty in children living in Spain: incidence, prevalence, and influence of adoption and immigration. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95: 4305-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jc.2010-1025>.
11. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child.* 1969; 44: 291-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.44.235.291>.
12. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child.* 1970; 45: 13-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.45.239.13>.
13. Ferrández A, Carrascosa A, Audí L, Baguer L, Rueda C, Bosch-Castañé J, et al. Longitudinal pubertal growth according to age at pubertal growth spurt onset: data from a Spanish study including 458 children (223 boys and 235 girls). *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2009; 22(8): 715-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/JPEM.2009.22.8.715>.
14. Harrington J, Palmert MR. Definition, etiology, and evaluation of precocious puberty. En *Uptodate.* Post TW, ed. Waltham MA. 2023.
15. Mejorado Molano FJ, Soriano Guillén L. Pubertad precoz y adelantada. *Pediatr Integral.* 2020; XXIV: 183-190. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-06/pubertad-precoz-y-adelantada/>.
16. Leung AKC, Lam JM, Hon KL. Premature thelarche: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev.* 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/1573396320666230726110658>.
17. Drever N, Peek S, Moussaoui D, Dkeidek AI, Grover SR. Vaginal bleeding in children: A retrospective audit at a tertiary paediatric gynaecology service. *J Paediatr Child Health.* 2023; 59(4): 653-659. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpc.16366>.
18. Nella AA, Kaplowitz PB, Ramnitz MS, Nandagopal R. Benign vaginal bleeding in 24 prepubertal patients: clinical, biochemical and imaging features. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2014; 27(9-10): 821-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpem-2013-0415>.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Atención a pacientes pediátricos en situaciones urgentes: reconocimiento, evaluación y estabilización inicial

Eva María Fernández Fernández*, María Agustina Alonso Álvarez**

*Centro de Salud Roces-Montevil. Gijón. **Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

La Atención Primaria (AP) supone la entrada al sistema sanitario público de salud, conlleva atención programada y urgente en un estrecho rango horario, y soporta por ello una alta demanda. Si bien, la mayoría de los niños que solicitan atención indemorable en AP no presentan patologías graves, un pequeño porcentaje precisa atención inmediata. La rápida identificación de estos pacientes, que permita ofrecerles prioridad de asistencia sobre el resto, es el primer problema al que se enfrentan los profesionales de AP, ya que en la mayoría de centros, no hay implementado ningún sistema de triaje.

Las unidades de Urgencias pediátricas hospitalarias (UPED) son la puerta del hospital pediátrico, y comparten con la Pediatría de AP, la atención al niño grave de forma urgente, entremezclada muchas veces con consultas menos o nada urgentes, que aumentan también considerablemente la presión asistencial y los tiempos de espera. El sistema de triaje, llevado a cabo habitualmente por personal de enfermería pediátrica con formación específica, permite priorizar la atención y paliar, al menos, en gran medida, el riesgo de retrasos en el abordaje de las patologías más graves.

Uno de los grandes problemas del entorno sanitario actual en los dos ámbitos, es la masificación que genera la gran demanda social de inmediatez en la resolución de los problemas de salud de los niños (urgentes o no).

Sin embargo, esto no debe repercutir en la calidad de la atención global y, sobre todo, en la detección precoz de la patología grave que requiere atención inmediata, allí donde nos encontremos.

De forma bastante similar, con los medios de los que en cada ámbito de atención se dispone, tanto en los centros de AP como en UPED, se puede dividir la atención al niño grave en dos partes:

1. Evaluación inicial: estabilizar al paciente.
2. Evaluación secundaria: realizar una aproximación diagnóstica, decidir pruebas complementarias e iniciar tratamientos específicos.

Evaluación inicial

Esta primera fase de la evaluación valora la impresión general con el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y la secuencia de exploración recogida en las siglas: ABCDE.

Valoración del TEP

Se realizará aplicando nuestra vista y oído, sin necesidad de contacto físico con el paciente. Lleva escasos segundos (30-60). Valora los siguientes aspectos:

- El aspecto general o **apariencia** (tono, reactividad, consuelo, mirada, lenguaje y llanto). Es el lado más importante, ya que da idea de la perfusión y oxigenación cerebral.
- La **respiración** (postura, signos visibles de dificultad respiratoria y signos audibles de dificultad respiratoria). Informa de la ventilación y oxigenación.
- **Circulación cutánea** (palidez cutánea, piel moteada o parcheada y cianosis). Informa sobre la perfusión y el gasto cardiaco.

El TEP sirve para determinar el estado fisiopatológico del paciente. Los pacientes con, al menos, un lado alterado serán considerados inestables y requerirán actuaciones iniciales: oxígeno, monitorización y probablemente acceso venoso. Añadir determinación de la glucemia capilar, sobre todo si hay alteración de la apariencia.

Una vez evaluado el TEP e iniciadas las primeras actuaciones (en el caso de pacientes con TEP inestable) se continuará con la evaluación y estabilización, siguiendo la secuencia ABCDE.

Puesto que la valoración del TEP es clínica puede llevarse a cabo igualmente en Atención Primaria que en el ámbito hospitalario. De hecho, en las unidades de Urgencias pediátricas hospitalarias es un instrumento fundamental para la clasificación rápida de la situación fisiopatológica del paciente.

Secuencia ABCDE

Nos permite detectar alteraciones funcionales y anatómicas y actuar en consecuencia, y nos indica el orden de prioridad. Es importante seguir el orden de la secuencia y no pasar al siguiente nivel hasta no haber solucionado los problemas identificados.

Al igual que el TEP, esta secuencia puede ser evaluada en igual medida en Atención Primaria y en UPED.

A: vía aérea y alerta cervical en politraumatismos.

B: ventilación.

C: circulación.

D: estado neurológico.

E: exposición.

A: comprobar vía aérea: permeabilidad y estabilidad.

Actuaciones posibles: si hay problemas en este punto, se debe abrir vía aérea o reposicionar esta, colocar al niño sentado o semiincorporado, aspirar secreciones si fuera preciso, o extraer cuerpo extraño si lo hubiera en la cavidad oral. Si se trata de un traumatismo, colocar collarín cervical hasta descartar lesiones. Para un manejo inicial, la correcta apertura de la vía aérea y aspirado de secreciones son fundamentales antes de pasar al apartado B.

Tabla I. Dispositivos de administración de oxígeno

Dispositivos	Flujo de oxígeno (litros/minuto)	FiO ₂ (Fracción inspiratoria de oxígeno)
Gafas nasales	1-3	0,24-0,44
Mascarilla simple	4-10	0,3-0,5
Mascarilla con bolsa reservorio	10-15	0,6-0,9
Mascarilla tipo Venturi	10-15	0,24-0,5
Bolsa autoinflable	15	1

En el caso de no conseguir permeabilidad de vía aérea con las maniobras descritas, se debe valorar el manejo instrumental de esta: cánulas orofaríngeas o intubación traqueal. Y si estamos ante una situación de cuerpo extraño, iniciar las maniobras de desobstrucción.

B: auscultación, toma de constantes: frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SatO₂). Es importante recordar que la saturación no se correlaciona directamente con el grado de dificultad respiratoria, porque esta puede mantenerse un tiempo a expensas del aumento del trabajo respiratorio basal.

Actuaciones posibles: si hay problemas en este punto, se administrará oxígeno, con la fuente que sea más indicada (Tabla I) o ventilación con bolsa mascarilla (ambú) en los casos más graves. Es muy importante que la técnica de ventilación con bolsa y mascarilla sea correcta, y siempre se realice conectado a un flujo máximo de oxígeno. Si bien, la intubación no es una habilidad prioritaria para todos los profesionales, sí lo es la ventilación con bolsa y mascarilla. En este apartado, según los ruidos respiratorios, es posible también administrar algún fármaco (p. ej.: broncodilatadores, adrenalina, corticoides, etc., si fuera el caso).

C: frecuencia cardíaca (FC), toma de pulsos, temperatura, relleno capilar y tensión arterial (TA).

- Frecuencia cardíaca: varía en función de la edad y hay que tener en cuenta que puede aumentar de forma fisiológica en algunas circunstancias, como la fiebre o el dolor.
- Pulsos: si los pulsos periféricos no están presentes, palpar los centrales. La ausencia de pulsos centrales obliga a iniciar maniobras de reanimación. La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica puede realizarse en cualquier entorno a la espera de ayuda, sin discontinuar esta, si no se resuelve la situación de parada cardiorrespiratoria.
- Temperatura cutánea y relleno capilar: se consideran signos de buena perfusión, la piel caliente cerca de tobillos y muñecas, y relleno capilar menor o igual a 2 segundos.
- Tensión arterial: la presión arterial baja es signo inequívoco de shock descompensado.

Actuaciones posibles: colocación de acceso venoso y, si fuera posible, canalizar dos vías periféricas puede ser de gran utilidad posterior, en paciente con sospecha de shock. En caso de que estemos ante un paciente con shock hipotensivo y en tres intentos o 90 segundos no se consigue acceso venoso periférico, estaría indicada la canalización de vía intraósea.

Iniciar aporte de líquidos (cristaloides isotónicos): 20 ml/kg en 10-20 minutos en caso de shock compensado o en 5-10 minu-

tos en caso de shock hipotensivo; si sospecha de shock cardiogénico 5-10 ml/kg en 10-20 minutos.

Si la respuesta es inadecuada o transitoria, administrar 1-2 bolos más de suero salino fisiológico (SSF). En caso de persistir respuesta inadecuada o transitoria a la fluidoterapia, si se trata de un shock hipovolémico, sospechar subestimación de pérdidas o presencia de pérdidas continuadas. En el caso de shock distributivo o cardiogénico que no responde, en la actualidad se recomienda el uso de inotrópicos diluidos por vía periférica, mientras se obtiene un acceso central.

En el caso de shock hemorrágico, estará indicado transfundir concentrado de hematíes. Este tratamiento no es posible en los centros de Atención Primaria. Deberíamos comunicarnos con el centro receptor y advertir que estamos trasladando un paciente con estas características, con la finalidad de que la atención una vez que el paciente llegue al centro receptor sea lo más rápida posible.

D: la evaluación se realizará mediante la escala de Glasgow, la exploración de pupilas y la actividad motora, básicamente, pero es necesario tener en cuenta que una alteración neurológica no siempre es primaria, por lo que también hay que valorar en este apartado la FC, FR, TA y SatO₂ y toma de glucemia.

Actuaciones posibles: en este punto podría ser necesario la administración de fármacos, por ejemplo en una convulsión.

E: exponer y explorar completamente al niño (incluida la espalda). Evitar la pérdida de calor (sobre todo en lactantes). Registrar la temperatura.

Un dato importante en la estabilización es la estimación del peso. Si no lo sabemos, podemos utilizar las “reglas de emergencia” que son reglas de cartón desplegadas que nos proponen una edad y un peso a partir de la longitud del paciente tumbado. También se pueden utilizar fórmulas matemáticas de estimación de peso en función de la edad (teniendo en cuenta sus fallos de precisión).

Evaluación secundaria

- Anamnesis dirigida rápida. Podemos ayudarnos de la regla nemotécnica de origen anglosajón, siguiendo el acrónimo SAMPLE: Signos y síntomas, Alergias, Medicaciones, antecedentes Personales, “Last intake” (última ingesta), “Events” (hechos) que puedan haber conducido al episodio actual.
- Exploración física detallada.
- La evaluación secundaria dirigirá las pruebas complementarias necesarias (muchas veces no disponibles de forma urgente en el ámbito de Atención Primaria) y, si es necesario, iniciar algún tratamiento específico.

Reevaluación: en los pacientes críticos es fundamental realizar una reevaluación constante del TEP y el ABCDE, y monitorizar la respuesta a los tratamientos iniciados.

Traslado: en el ámbito de la Atención Primaria, la adecuada estabilización previa al traslado, según todo lo comentado previamente, influye de forma importante en la morbimortalidad del paciente.

Conclusiones

El abordaje inicial del paciente grave en Atención Primaria puede ser llevado a cabo mediante el TEP y la sistemática ABCDE, igual que en una unidad de Urgencias de Pediatría hospitalaria.

Tabla II. Material y medicación de Urgencias de Pediatría recomendable en Atención Primaria

Vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> – Material de aspiración: sondas diferentes tamaños – Guedel (00-0-1-2-3-3-5) – Bolsa autoinflable (ambú) 1.600 y 500 ml con reservorio – Mascarilla facial (redonda 1-triangular 2-triangular 3-triangular 4) – Mascarilla O2 con reservorio (adultos-pediátrica) – Mascarilla O2 nebulización (adultos y pediátrica) – Gafas nasales Pediatría/adultos – Mascarilla Venturi pediátrica/adultos – Cámara de inhalación universal + mascarilla infantil – Material de intubación/cricotiroidotomía/punción de neumotórax: cada centro deberá de decidir de forma individual si incluir este material
Acceso vascular	<ul style="list-style-type: none"> – Aguja 0,5*16, 0,6*25, 0,8*40, 0,9*40 – Aguja intraósea pediátrica y adultos – Catéter venoso (nº14-18-20-22) – Equipo de perfusión – Jeringas (10 ml-1 ml-5 ml-20 ml) – Llave de tres pasos con alargadera – Palomillas (21 G-23G)
Material de diagnóstico y otros	<ul style="list-style-type: none"> – Glucómetro – Collarín cervical pediátrico y de adultos, rígido – DESA – Electrodo DESA infantil – Pulsioxímetro con adaptador niños-adultos – Esfigmomanómetro automático – Manguito lactante, niño y universal
Medicación/sueros	<ul style="list-style-type: none"> – Adrenalina 1:1.000 ampollas – Amiodarona ampollas – Cefotaxima/ceftriaxona viales – Dexclorfeniramina IM/IV – Diazepam IV/rectal – Midazolam ampollas – Bromuro de Ipratropio en presurizador y solución para nebulizar – Salbutamol presurizado y solución para nebulizar – Metilprednisolona ampollas – Prednisolona gotas orales/comprimidos – Morfina 1 % IV ampollas – Carbón activado – Ibuprofeno susp. – Paracetamol susp./supositorios/IV – Metamizol ampollas – Suero fisiológico (10 ml-50 ml-100 ml-500 ml) – Suero glucosado 10 % (500 ml) – Suero glucosado 5 % (500 ml)

**El listado que se muestra en la tabla II es solamente un ejemplo propuesto por las autoras. Lo aconsejable es que cada centro de salud adapte el carro de medicación y material, sobre todo, teniendo en cuenta, el ámbito de actuación y la distancia al centro hospitalario más cercano.*

En las unidades de Urgencias hospitalarias, la calidad en la atención al niño grave ha mejorado de forma sensible con los sistemas de triaje, con dispositivos audiovisuales en la sala de estabilización que permiten la visualización de principales algoritmos de actuación, app de medicación urgente con cálculo inmediato por peso disponibles en los dispositivos móviles de los profesionales y, sobre todo, con la práctica mantenida e intensa de sesiones de simulación, en las que participa todo el personal sanitario de Urgencias.

Proponemos por tanto las siguientes medidas para mejorar la atención al niño grave en Atención Primaria:

- Disponer de maletín de urgencias actualizado y revisado periódicamente (Tabla II). Hay que tener en cuenta que cada centro de salud debe contar con sus peculiaridades y en función de estas, preparar el maletín de urgencias más conveniente.
- Puesto que el éxito en la valoración y tratamiento de un paciente grave reside en la práctica habitual consideramos que sería de mucha utilidad formación adecuada y mantenida para el uso de todo el material de urgencias, así como establecer sesiones de simulación por áreas sanitarias.
- Los pacientes graves requerirán traslado al ámbito hospitalario, sería interesante, por tanto, realizar protocolos e incluso sesiones de simulación de forma conjunta.
- Con el objetivo de optimizar la atención y seguridad del paciente que solicita atención indemorable en relación al que tiene cita previa, se debería establecer, al menos en situaciones de más presión asistencial y retraso en la consulta, un sistema de triaje en los centros de Atención Primaria.

Bibliografía

- Storch de Gracia Calvo P. Valoración inicial del niño grave en Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2014; 7; 169-75 .
- López Macías O. Estabilización inicial. Triángulo de evaluación pediátrica (TEP). En: J Benito, S Mintegi (eds). Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2019. p. 329-35.
- Gómez Cortés B. Shock. En: J Benito, S Mintegi (eds). Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2019. p. 422-7.
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría (SEUP). Tema 2: Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Casos clínicos simultáneos

Oftalmología en Atención Primaria pediátrica. Derivaciones más frecuentes

Carmen Costales Álvarez, Paloma Rozas Reyes

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Repasamos las causas de derivación desde la consulta de Pediatría de Atención Primaria¹⁻⁴, así como la preferencia o no de derivación^{3,4}. Para ello realizamos un estudio de las primeras consultas en una consulta de oftalmología pediátrica de un hospital terciario (HUCA).

En el último cuatrimestre del 2023, la consulta de Oftalmología Pediátrica del Hospital Central de Asturias (HUCA) ha atendido a 448 primeras consultas de pacientes pediátricos. La sección de Oftalmología Pediátrica del HUCA pertenece a un hospital comarcal de tercer nivel y recibe pacientes pediátricos con cualquier patología oftalmológica.

De ellos, el 87,7 % corresponden a pacientes derivados como primera consulta desde Pediatría de Atención Primaria

y el resto son derivados desde diferentes consultas de Pediatría Hospitalaria.

En la consulta realizada en las instalaciones hospitalarias, se atendieron 222 primeras consultas pediátricas durante ese cuatrimestre. La causa más común de derivación de pacientes pediátricos desde Atención Primaria, a la consulta hospitalaria, es la sospecha de baja visión, seguida por el estrabismo percibido. Estas dos primeras consultas suponen el 32,6 % y el 27,8 % de las causas remitidas desde Primaria.

Otros motivos frecuentes de consulta son: el estudio del retraso psicomotor, la obstrucción congénita de la vía lagrimal del lactante, los orzuelos y el ojo rojo. Existen otras causas más anecdóticas que quedan referidas en la figura 1.

Derivaciones desde Atención Primaria (HUCA)

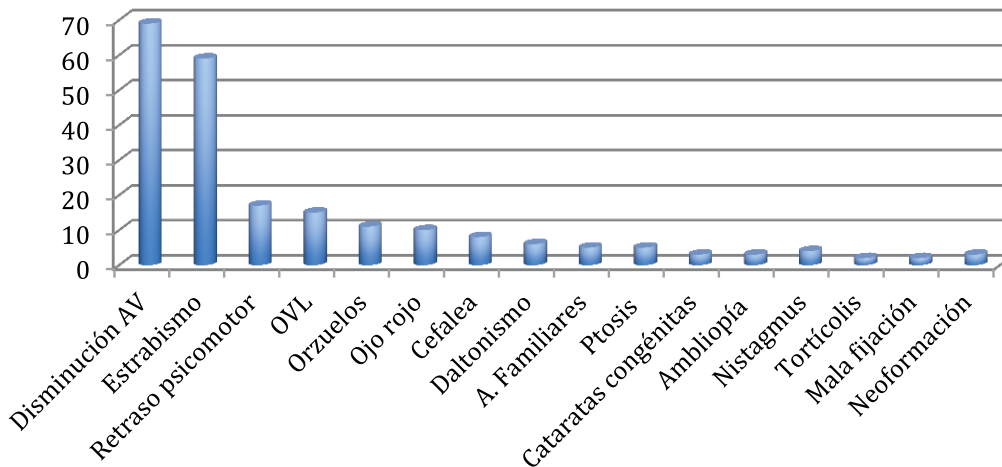


Figura 1. Primeras consultas derivadas desde Atención Primaria en la consulta del HUCA en el último cuatrimestre del 2023 (junio a septiembre 2023).

Derivaciones desde Atención Primaria (ambulatorio)

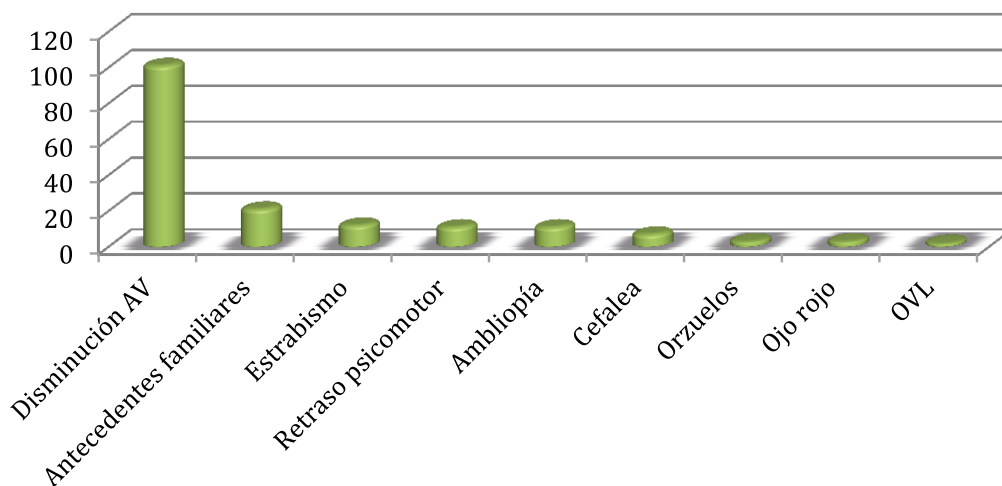

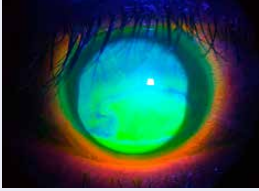




Figura 2. Primeras consultas derivadas desde Atención Primaria en la consulta del Ambulatorio (niños mayores de 6 años), en el último cuatrimestre del 2023 (junio a septiembre 2023).

Tabla I. Causas oftalmológicas de derivación y sus criterios de prioridad

Derivación urgente	Derivación preferente	Derivación a ritmo normal
Leucocoria	Ambliopía	Obstrucción congénita vía lagrimal
No fijación de la mirada	Alergia ocular	Problemas refractivos
Glaucoma congénito	<i>Nistagmus</i>	Antecedentes familiares
Neoplasias	Estrabismo percibido en consulta	Pseudostrabismo
Ojo rojo con criterios de alarma	Tortícolis	Estrabismo no confirmado en consulta
	Ptosis que afecte al eje visual	Daltonismo
		Ptosis que no ocluya eje visual

Tabla II. Urgencias y signos de alarma

Patología	Tipos	Signos de alarma
Conjuntivitis	<ul style="list-style-type: none"> – Neonatal – Víricas – Bacterianas – Alérgicas – Actínicas 	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor – Fotofobia intensa – Visión borrosa – Portadores de Ic – Vesículas en párpados/nariz – No mejoría a pesar del tto. en 48-72 h
Celulitis (Fig. 3) 	<ul style="list-style-type: none"> – Preseptal – Orbitaria 	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor – Alteración motilidad ocular – Mal estado general – Disminución de visión – Exoftalmos
Blefaritis/orzuelo/chalación		– No mejoría, a pesar del tratamiento
Traumatismos oculares y orbitarios	<ul style="list-style-type: none"> – Úlceras corneales (Fig. 4)  – Cuerpo extraño y laceraciones palpebrales (Figs. 5 y 6)   	<ul style="list-style-type: none"> – Hifema – Úlceras con duda en el diagnóstico o infección – Afectación canalículo lagrimal – Causticaciones – Alt. pupilar – Globo abierto – Enfisema subcutáneo – Diplopía
Estrabismo agudo	<ul style="list-style-type: none"> – Comitante – Incomitante 	<ul style="list-style-type: none"> – Diplopía – Síntomas neurológicos y generales – Tortícolis – Trauma previo – Anisocoria – Papiledema – <i>Nistagmus</i> – Hipoestesia corneal
Leucocoria		
<i>Nistagmus</i>		<ul style="list-style-type: none"> – >6 meses de edad – Vertical – Asimétrico
Anisocoria	– Horner	– Anisocoria + ptosis

Además, durante dicho cuatrimestre, se realizó otra consulta de Oftalmología Pediátrica por parte de la sección, destinada a pacientes mayores de 6 años, en el Ambulatorio asociado al centro, atendándose durante ese periodo 171 pacientes, la mayoría de ellos derivados por sospecha de alteración de refracción (Fig. 2).

En la práctica diaria de un pediatra de AP puede surgir la duda ante la prioridad de derivación de ciertas patologías oftalmológicas. Durante la sesión clínica, intentaremos resolver esas dudas para dar una mayor seguridad al profesional¹⁻⁴. A modo de resumen, hablaremos de unos conceptos básicos, pero por supuesto no son criterios invariables, y el pediatra puede adelantar las consultas ante cualquier signo sospechoso. También recordamos a los pediatras que pueden contactar con nuestra sección en caso de duda.

En la tabla I adjuntamos una guía resumida de motivos de derivación urgente, preferente y a ritmo normal.

Por otro lado, haremos referencia a las principales urgencias en Pediatría y signos de alarma para el pediatra.

Hablaremos de diferentes urgencias y su manejo por pediatras e identificaremos los signos de alarma que deben hacer

sospechar patologías que deben ser derivadas con urgencia al oftalmólogo.

Repasaremos las diferentes urgencias y sus tratamientos^{5,6}: infecciosas e inflamatorias, traumatismos, neurológicas, etc. (Tabla II).

Bibliografía

1. Lambert SR, Lyons CJ. Taylor & Hoyt's pediatric ophthalmology and strabismus. 5th ed. London: Elsevier. 2017.
2. Kuhn F, Pieramici DJ. Ocular trauma. Principles and practice. New York. Thieme. 2002.
3. Wright KW, Strube YN. Oftalmología pediátrica para Atención Primaria. 4^a ed. 2021.
4. Gil Gibernau JJ. Tratado de Oftalmología Pediátrica. Barcelona. Ed. Escriba. 1997.
5. Beal C, Beverly G. Clinical Evaluation of Red Eyes in Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Health Care*. 2016; 30: 506-14.
6. Wong MM, Anninger W. The pediatric red eye. *Pediatr Clin North Am*. 2014; 61: 591-606. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.03.011>.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Casos prácticos de TCA en Pediatría

Silvia Bernàrdez Carracedo*, Noelia Rodríguez Blanco**

*CAP Maragall. Barcelona, **Departamento de Salud Marina Baixa. Alicante

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de afecciones en las cuales las creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal se acompañan de conductas que incluyen: restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes. Dichos TCA se presentan generalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Estas afecciones pueden llegar a ser graves al conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, además de tener impacto en la calidad de vida e incluso en la mortalidad.

En cuanto a las formas de presentación clínica, se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es el más ampliamente usado y cuya última clasificación se publicó en 2013 con la denominación de DSM-5. En la clasificación DSM-5, los TCA mejor caracterizados son: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA), considerados como los tres TCA típicos. Otras formas “atípicas” de TCA son los TCA “especificados”, caracterizados por la presentación de un cuadro clínico que cursa con angustia o deterioro en la vida social, pero no cumple con los criterios completos de los TCA típicos. Estos serían: AN, BN y TA atípicos, purgas y síndrome de alimentación nocturna. Finalmente, se describe una categoría residual, calificada como TCA “no especificados”, que incluye todos los demás trastornos no incluidos en las demás categorías de TCA.

Los trastornos alimentarios a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento. Entre estas destacan: trastornos del ánimo y de ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, fobia social, déficit de atención/hiperactividad, trastorno negativista desafiante, abuso de sustancias y consumo de alcohol. Respecto a las enfermedades físicas o somáticas, los TCA se asocian a sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad celíaca.

Aunque la evolución clínica de la AN parece ser favorable, con una recuperación del peso corporal alrededor de los 30 años de edad en el 88 % de los casos, también existe riesgo de autolesiones, comportamientos suicidas y mortalidad.

En Europa, la prevalencia estimada, en las mujeres: anorexia nerviosa es de un 1-4 %, bulimia nerviosa es del 1-2 %, y trastorno por atracón del 1-4 %. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3-0,7 %.

En el siglo pasado se observó un aumento en la incidencia de la AN, en parte atribuido a una mejor detección y los mejores recursos, aunque es posible que también reflejara los efectos de los nuevos cánones de belleza impuestos, mientras que en lo que llevamos de siglo actual, la incidencia de la anorexia nerviosa parece haberse estabilizado.

Aunque la etiología de los TCA es aún desconocida, hay evidencia de que, tanto los genes como el ambiente, contribuyen al riesgo. Es por ello, que el período conocido de riesgo abarca desde la etapa prenatal temprana hasta la edad adulta.

Los TCA son enfermedades graves, pero que pueden remitir en un porcentaje elevado, si se detectan precozmente y se realiza un buen tratamiento multi-disciplinar y psicoterapéutico especializado. Un ítem habitual de estos trastornos es la ausencia de consciencia de enfermedad, tanto por los pacientes como por las familias y entorno. Por tanto, eso alarga su diagnóstico.

Los principales tipos de TCA son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Todos ellos dan como resultado alteraciones en la forma de pensar, sentir y de comportarse en relación a la alimentación, peso e imagen. Además, es bastante frecuente que cambien de un diagnóstico a otro, ya que es habitual que las personas que padecen un TCA tengan épocas en que la restricción alimentaria es más presente, y en otras, predominan los atracones y las purgas.

Los TCA son enfermedades que no se deben a una única causa, sino que son multicausales. Significa que diferentes factores de riesgo aparecen en mayor o menor medida y predisponen a las personas a desarrollar la enfermedad. Existen factores individuales, familiares y sociales.

Manifestaciones clínicas

- Cambios clínicos cognitivos:
 - Pensamiento distorsionado en relación con el peso y el cuerpo.
 - Empobrecimiento de la creatividad y la fantasía.
 - Vinculación de la autoestima con el hecho de estar en peso bajo.
 - Preocupación excesiva en torno a la comida y la silueta.
 - Disminución de la atención, la concentración y la memoria.
- Cambios clínicos emocionales:
 - Inestabilidad emocional.
 - Más irritabilidad.
 - Menos tolerancia a situaciones o emociones desagradables. Dificultad en la gestión de las emociones.
 - Dificultad para identificar, reconocer y expresar los sentimientos.
 - Estado de ánimo depresivo.
 - Más ansiedad.
 - Cambio en las relaciones afectivas y sexuales.
- Cambios clínicos conductuales:
 - Cambios en la manera de alimentarse: dietas vegetarianas, veganas o exclusión de algún alimento de manera repentina, dietas, alimentos prohibidos, comer en exceso...
 - Usar excusas para no comer o comer diferente.
 - Uso de conductas purgativas (vómitos, laxantes).

- Uso excesivo de la báscula para controlar el peso.
- Disminución de las actividades cotidianas.
- Vulneración de límites/normas.
- Aumento del tiempo dedicado a las actividades relacionadas con el trastorno.
- Mentir en relación a las ingestas.
- Aumento de impulsividad/agresividad.
- Empobrecimiento en las relaciones sociales.

Aun siendo trastornos mentales, pueden tener consecuencias físicas graves, por las alteraciones propias en la conducta alimentaria. La mayor parte de estas consecuencias mejoran con la recuperación gracias al tratamiento.

Tratamiento

Consiste en un abordaje multidisciplinar, para trabajar los diferentes síntomas de la enfermedad. Es un trastorno mental

de base psicológica con consecuencias físicas, nutricionales, emocionales y sociales. Requiere el uso combinado de estrategias dietético-nutricionales, médicas y psicológicas, tanto individuales como grupales, enfocadas al paciente y su familia. En la gran mayoría de los casos y, debido a las características del trastorno, es preciso que el equipo esté especializado en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y siga las indicaciones de las principales guías clínicas.

El seguimiento de los TCA se realiza en centros de salud mental especializados, pero las consultas de Atención Primaria tienen un papel primordial en el diagnóstico precoz y, también, funcionan como centros de seguimiento de los casos leves.

Será clave conocer en Atención Primaria cómo poder detectar los posibles pacientes, derivarlos adecuada y precozmente y, por supuesto, tener el conocimiento y la formación básica para poder formar parte del seguimiento de aquellos casos leves en los que nuestra actuación pueda reforzar el tratamiento.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria en el control de las resistencias bacterianas. Visión desde la Microbiología

José María Eiros Bouza*, Rosario Bachiller Luque**

*Área de Microbiología. **Área de Pediatría
Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

Introducción

Para abordar conceptualmente el papel del pediatra de Atención Primaria (AP) en el control de las resistencias bacterianas, efectuaremos una breve exposición desde la Microbiología Clínica que persigue dar respuesta a tres cuestiones. En primer término, aludiremos el marco actual de las resistencias bacterianas en España y en Europa. En segundo lugar, comentaremos algunas estrategias impulsadas para minimizar su impacto, avaladas por los organismos internacionales y nacionales de mayor relevancia en este ámbito. En tercera instancia, señalaremos los mecanismos de desarrollo de resistencias bacterianas que debe conocer el pediatra de AP. Todo ello enmarcado en una exposición conjunta con el Dr. Josep de la Flor.

Marco actual de las resistencias bacterianas

A lo largo de las últimas seis décadas, se han desarrollado una cuarentena de familias de quimioterápicos y antibióticos con la finalidad de combatir el impacto de las infecciones comunitarias y las relacionadas con la asistencia sanitaria, cuya desaparición se preconizó erróneamente en plena euforia por la incorporación de fármacos novedosos en la segunda mitad del siglo XX¹. En el momento presente, las infecciones bacterianas continúan siendo un gran reto sanitario y, lejos de estar controladas, generan una gran demanda asistencial y, en muchas ocasiones, una prescripción empírica que debe ser optimizada y deseablemente acorde con la epidemiología de los aislados clínicos significativos en cada zona asistencial; en cuyo conocimiento, el microbiólogo clínico puede desempeñar un relevante papel².

La capacidad bacteriana de desarrollar estrategias de supervivencia se asienta fundamentalmente en que los microorganismos responden a la presión antimicrobiana con nuevos mecanismos de resistencia, y en que adoptan modificaciones estructurales o funcionales de los ya existentes. Por ello, la resistencia antibiótica en bacterias patógenas ha sido considerada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), los "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC, Atlanta, Georgia, EE.UU.) y el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) como un problema clínico, epidemiológico y de salud pública emergente y etiquetado de auténtica "Pandemia Silente"^{3,4}. De manera concomitante existen iniciativas que, desde diferentes ámbitos, han impulsado redes de vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos bajo la tutela de las compañías farmacéuticas y de otras entidades en aras a colaborar con las redes públicas. Mención especial merecen en este contexto, las campañas de prevención impulsadas por la División de Promoción de la Calidad de la Atención en Salud de los CDC, que han supuesto un hito educativo y de difusión de buenas prácticas en este campo en los EE.UU.⁵. En Europa se cumplen dos décadas desde que el grupo multicéntrico liderado por Cornaglia et al⁶,

definiese el papel que la investigación básica ha desempeñado en el estudio de mecanismos moleculares y su relación con variables externas que influyen en los mismos y que oscilan entre aspectos tan aparentemente distantes como son las estrategias vacunales y el consumo de probióticos. Lejos de constituir un marco de competencias exclusivamente médico, este tema engloba aspectos multidisciplinares en los que la seguridad de la cadena agroalimentaria, la sanidad animal y la conservación y salubridad medioambiental, mantienen un papel relevante.

En nuestro país, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) se asimila a un plan estratégico y de acción, cuyo objetivo es reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos y reducir el impacto de este problema sobre la salud de las personas y los animales, preservando de manera sostenible la eficacia de los antibióticos existentes⁷.

De modo sintético, cabe indicar que los principales factores que han contribuido a la propagación mundial de la resistencia a los antibióticos son al menos:

- El empleo excesivo y extensivo de antibióticos en los ámbitos medioambientales, agroalimentario y ganadero.
- La reducción de la eficacia de los mismos, por desarrollo de nuevos mecanismos estructurales y funcionales de resistencia.
- La transmisión de microorganismos resistentes a través de los desplazamientos humanos generados por viajes libres o forzados, por situaciones de emergencias y conflictos internacionales.
- La agresión al hábitat y las condiciones de insalubridad de una parte sustancial de la población mundial.
- La falta de financiación para las redes de vigilancia (detección, notificación y respuesta), para la investigación y el desarrollo sanitarios.
- La interpelación al empleo de vacunas frente a los agentes infecciosos potencialmente prevenibles.

Estos factores han acelerado la resistencia en los microorganismos a través de modificaciones en las bacterias, como: la reducción de la permeabilidad a los fármacos, el aumento de las bombas de eflujo, la modificación enzimática de los antibióticos y el cambio en la diana farmacológica, la infección intracelular y la creación de biopelículas. Algunos autores señalan que se ha producido un aumento de la resistencia durante la pandemia de COVID-19⁴ y, de modo particular, entre pacientes inmunodeprimidos, debido a prescripciones inadecuadas.

Se han desarrollado alternativas terapéuticas de reciente incorporación para frenar la resistencia generalizada a los antibióticos, como las nanopartículas, los bacteriófagos y los enfoques bioquímicos antimicrobianos. Parece oportuno explorar nuevas estrategias para frenar el enorme aumento

de patógenos resistentes, lo que podría suponer una auténtica amenaza global⁸.

Estrategias para minimizar su impacto

Nuestro país se sitúa en el ámbito europeo, entre aquellos cuya prevalencia de resistencias entre los microorganismos con significación clínica en Pediatría frente a los antimicrobianos de mayor empleo, es más elevada⁹.

En el ejercicio del pediatra de Atención Primaria, tal vez lo esencial es disponer de una dedicación de tiempo suficiente para valorar los antecedentes del paciente, plantear las posibilidades diagnósticas y la solicitud de pruebas complementarias ágiles¹⁰.

La cultura de la formación continuada, las sesiones conjuntas y los planes de actuación con objetivos medibles, representan un trípod que debe aunar intereses de cuantos profesionales valoran y cuidan pacientes pediátricos subsidiarios de recibir antimicrobianos¹¹.

Entre los retos que debe perseguir el pediatra, cabe apuntar, al menos, los que siguen:

- Recabar la asesoría de profesionales con experiencia en el manejo de las enfermedades infecciosas.
- Mantener una capacitación y conocimientos sobre la interpretación de los informes de identificación bacteriana y de su comportamiento *in vitro* frente a los antimicrobianos.
- Acceder en tiempo real a los sistemas de información de sensibilidad de los principales microorganismos implicados en la etiología de las infecciones comunitarias.
- Disponer de métodos de diagnóstico microbiológico rápido y de la posibilidad real de su empleo.
- Potenciar la cultura de implantación vacunal con calendario y estrategias revisables.
- Adoptar principios racionales en la prescripción.
- Valorar prácticas de uso restringido de antimicrobianos, de utilización cíclica o de minimización del impacto ecológico, adaptados a la realidad asistencial.
- Generar una cultura de la racionalidad en foros especializados, de gestión sanitaria y generalistas.
- Impulsar medidas educativas, campañas dirigidas a la población general, contenidos en los diseños curriculares de los planes de formación de los adolescentes y jóvenes.

El microbiólogo clínico puede prestar en nuestro medio, un servicio relevante al pediatra en el diagnóstico individual, la investigación de brotes, la vigilancia y la caracterización de las propiedades biológicas de los microorganismos. Sus aportaciones revisten una clara aplicación en la caracterización rápida, en la descripción de su perfil de sensibilidad, sus determinantes de patogenidad y en las estrategias de prevención, al tiempo que se encuadran en el marco vanguardista de una “salud global”¹².

La cultura de la “proximidad” y la colaboración profesional mutua, la exposición de inquietudes y acometer tareas compartidas, resulta, en nuestro criterio, un camino enriquecedor¹³. En este contexto se han creado, con un perfil multidisciplinar, los “Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA)”, surgidos ante el aumento de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos, minimizar efectos adversos y reducir el gasto derivado de su uso. En nuestra experiencia, los conformados por profesionales mixtos (Atención Primaria y Hospitalaria) ofertan logros incontestables.

Nunca insistiremos bastante en la relevancia de mantener la fidelidad a los datos locales, que deriva del conocimiento de que la prevalencia de resistencias puede variar en el tiempo, con: el lugar, la población de pacientes y el ámbito asistencial. En última instancia, cabe incorporar opciones terapéuticas de uso apropiado, en las que las opciones de antimicrobianos elegibles sean valorados de acuerdo con la tendencia actual de la racionalización del uso de las mismas en términos de efectividad, utilidad y adecuación de costes. De la conjunción y el equilibrio entre los análisis de las intervenciones sanitarias, tanto en términos de beneficio clínico como de evaluación económica, depende nuestro éxito al controlar las resistencias bacterianas en la práctica del Pediatra de Atención Primaria.

Mecanismos de desarrollo de resistencias bacterianas que debe conocer el pediatra de AP

Con un enfoque sintético, la generación de resistencia a los antimicrobianos se establece de acuerdo con dos criterios¹⁴. El primero, se denomina con el término de resistencia natural o intrínseca, y alude a la imposibilidad estructural de que un antimicrobiano actúe sobre un elemento constitutivo de una bacteria, porque esta carezca de diana para aquel. El segundo, se denomina resistencia adquirida y engloba, de una parte, modificaciones puntuales en la información genética del tipo de “mutaciones puntuales” y, de otras, modificaciones más amplias que se asimilan al término de “cromosómicas”. Entre estas, cabe a su vez, diferenciar en función de su posición la modalidad de transposones o integrones, que de acuerdo con su modalidad de transferencia, pueden adoptar vehículos de conjugación o de transducción.

Por lo que hace referencia a las dianas objeto de la resistencia, cabe apuntar una triple modalidad¹⁵. En primer lugar, las modificaciones en los elementos estructurales de la bacteria, que engloban desde las proteínas de la pared o de la membrana externa hasta los elementos internos como ribosomas o ácido nucleico. En segundo término, existen las alteraciones en el “paso” o en el flujo, como son cambios en la permeabilidad de las porinas o los mecanismos de “captación-expulsión-transporte activo-acumulación”. En tercera instancia, existen modelos de producción de enzimas supernumerarios que inactivan moléculas, tales como las betalactamasas, los modificantes de aminoglucósidos o las ADN-girasas.

Desde el punto de vista aplicado al pediatra que prescribe, le interesa retener que la selección de cepas resistentes a los antimicrobianos obedece de modo esquemático a un hecho simple. La existencia de cepas bacterianas resistentes de baja prevalencia, se incrementa de modo notable, cuando se ejerce una exposición intensa a antimicrobianos ineficaces, con lo cual la prevalencia crece y las cepas resistentes se tornan en predominantes.

El primer movimiento diagnóstico que se realiza de cara a documentar un determinado agente infeccioso obliga a realizar una adecuada toma de muestras. En el momento actual, la microbiología aplicada debe ofertar con claridad las posibilidades que en el ámbito comunitario y hospitalario existen en los diferentes sistemas sanitarios del país. Los gestores de recursos tratan de implantar una cultura basada en la eficiencia y en la agilidad de respuesta por parte del laboratorio¹⁶. Ello no es óbice para que el profesional clínico conozca que los métodos convencionales obligan a la siembra de muestras clínicas, al aislamiento de unidades formadoras de colonias y a la identifi-

cación de los microorganismos, basada fundamentalmente en pruebas bioquímicas y nutricionales. En una segunda instancia es posible realizar pruebas que determinan la sensibilidad a los antimicrobianos¹⁷. En nuestro ámbito se siguen las recomendaciones europeas (*European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*, EUCAST) y nacionales (Grupo Mensura). Conceptualmente, todas ellas distinguen entre métodos de cribado y de confirmación. Entre los primeros, cabe señalar aquellos que adoptan el modelo de microdilución en caldo y que informan de la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) semicuantitativa y los que adoptan el modelo de difusión en disco, que obligan a una medición de la inhibición del crecimiento asimilado al diámetro de un halo. Los métodos de confirmación pueden a su vez categorizarse en fenotípicos (estudio de sinergia en doble disco y cuantificación de la CMI) y genotípicos (hibridación con sondas de ADN, amplificación mediante reacción en cadena de la polimerasa, detección de mutaciones y secuenciación). Existen excelentes foros de difusión al respecto, que actualizan con un extremado rigor los aspectos de interés en la práctica asistencial.

En un último mensaje cabe apuntar que el peaje a la prescripción y consumo es la inducción de resistencias. A nivel macrocomunitario, tal vez sea la aportación de Goossens et al¹⁸, la que estableció de manera robusta la asociación entre aumento del consumo e incremento de las resistencias en Europa. En nuestro propio medio, hemos podido documentar este hecho en el marco de estudios descriptivos de corte transversal en Atención Primaria^{19,20}. Un aspecto adicional y no suficientemente valorado es la repercusión que el consumo de antibióticos ejerce sobre la microbiota bacteriana residente en un determinado ecosistema. La presión selectiva que ejerce un antimicrobiano sobre microorganismos patógenos se extiende de manera fisiológica a la microbiota indígena o residente y, por esa razón, se asiste a la difusión de clonas resistentes en portadores sanos. De ahí que la buena práctica en la prescripción de antibióticos en la Pediatría comunitaria, represente un área con una elevada repercusión, no solo a nivel individual sino a su entorno y hábitat, en el contexto de una salud global.

Bibliografía

- Hughes D, Andersson DI. Evolutionary Trajectories to Antibiotic Resistance. *Annu Rev Microbiol*. 2017; 71: 579-96.
- Riley LW. Laboratory Methods in Molecular Epidemiology: Bacterial Infections. *Microbiol Spectr*; 2018. p. 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.ame-0004-2018>.
- Akram F, Imtiaz M, Haq IU. Emergent crisis of antibiotic resistance: A silent pandemic threat to 21st century. *Microb Pathog*. 2023; 174: 105923. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2022.105923>.
- Rehman S. A parallel and silent emerging pandemic: Antimicrobial resistance (AMR) amid COVID-19 pandemic. *J Infect Public Health*. 2023; 16: 611-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. Continuing Education and Informational Resources. Disponible en: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/training/continuing-education.html>.
- Cornaglia G, Lönnroth A, Struelens M. Report from the European Conference on the Role of Research in Combating Antibiotic Resistance, 2003. *Clin Microbiol Infect*. 2004; 10: 473-97.
- Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es>.
- Organización Mundial de la Salud. Un nuevo informe insta a actuar con urgencia para prevenir una crisis causada por la resistencia a los antimicrobianos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-04-2019-new-report-calls-for-urgent-action-to-avert-antimicrobial-resistance-crisis>.
- Aguilera Alonso D, Escosa García L, Goycochea Valdivia WA, Soler Palacín P, Saavedra Lozano J, Rodrigo C, et al. Documento de posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría-Sociedad Española de Infectología Pediátrica (AEP-SEIP) sobre el tratamiento de las infecciones por bacterias multirresistentes [Position statement of the Spanish Association of Paediatrics-Spanish Society of Paediatric Infectious Diseases (AEP-SEIP) on the treatment of multidrug-resistant bacterial infections]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019; 91(5): 351.e1-351.e13. Spanish. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.002>.
- Artero Mora A, Eiros Bouza JM, Oteo Revuelta JA, Del Pozo León JL. Manual de Enfermedades Infecciosas. Tercera Edición Revisada y Ampliada. Ediciones Universidad de Valladolid. 2019.
- Hernández M, Rodríguez Lázaro D, Eiros JM. Antimicrobial use and control of resistance: an integrating vision. *Electron J Biomed*. 2018; 2: 17-22.
- Eiros Bouza JM. El papel de la Microbiología Clínica en el marco de "Una Salud". *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*. 2018; 55: 359-364.
- Eiros Bouza JM. Judicious use of antibiotics: a supporter challenge. *Electronic Journal of Biomedicine*. 2007; 1: 5-7. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2007/n1/editorial-en.html>.
- Fernández L, Breidenstein EB, Hancock RE. Creeping baselines and adaptive resistance to antibiotics. *Drug Resist Updat*. 2011; 14: 1-21.
- Eiros Bouza JM, Bachiller Luque MR, Clavo Nieves MD, Hernández Vázquez A. Temas actuales en el Laboratorio Clínico. Eiros JM, Ed. Mata Digital SL, Valladolid. 2010.
- Eiros Bouza JM, Luquero Alcalde FJ. Sistemas de Información Microbiológica: Utilidad en la Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas. *Semergen*. 2007; 33: 353-5.
- Eiros Bouza JM, Martínez P, Ortiz de Lejarazu R. Procesamiento de muestras clínicas para el análisis microbiológico. *Técnicas de Laboratorio*. 1998; 229: 117-23.
- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005; 365: 579-87.
- Pastor García E, Eiros Bouza JM, Mayo Iscar A, Bachiller MR. Consumo de antibióticos y resistencias bacterianas. *Atención Primaria*. 2005; 35: 167-8.
- Pastor García E, Eiros Bouza JM, Mayo Iscar A, Bachiller R. Influence of population structure on the consumption of systemic antibiotics. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2005; 25: 84-8.

GRUPO 1

O-001

SOBREDOSIFICACIÓN DE VITAMINA D. ¿INTOXICACIÓN O SOLO SOBREINGESTA?

Roldán Montero, M.; María Dolores Sánchez, C.;
Torres Soto, M. - Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,
Murcia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O001>

Anamnesis: Neonato de 14 días de vida que consulta por administración accidental de 1 ml de colecalciferol 10.000 UI/ml durante 3 días seguidos (25 veces la dosis recomendada de 400 UI/día). Última dosis administrada ese mismo día. Alimentado con lactancia mixta con buena tolerancia y ganancia ponderal. Sin cambios en el ritmo miccional y deposicional habitual. Sin cambios en el comportamiento. **Exploración física:** Frecuencia cardíaca 145 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 46 respiraciones/minuto, tensión arterial 80/52 mmHg. Exploración por aparatos sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sobredosificación de vitamina D se decidió ingreso para monitorización y controles analíticos. Se realizaron analíticas sanguíneas seriadas con calcemia total 10,2-10,9 mg/dl (valores normales hasta 11 mg/dl), fosforemia 5,5-6,4 mg/dl (valores normales hasta 7,1 mg/dl), niveles de 25-OH vitamina D 30,3 ng/ml (valores normales hasta 100 ng/ml) y 1,25-OH vitamina D 49,6 ng/ml (valores normales hasta 80 ng/ml); bioquímica urinaria con cociente calcio/creatinina de 0,8 mg/mg (valores normales hasta 0,8 mg/mg); y electrocardiograma sin hallazgos patológicos. El paciente se mantuvo asintomático durante su ingreso, por lo que ante ausencia de datos clínicos ni analíticos de intoxicación por vitamina D fue dado de alta sin necesitar tratamiento. **Conclusiones:** - La sintomatología de la intoxicación por vitamina D es la derivada de la hipercalcemia: estancamiento ponderal, vómitos, estreñimiento, distrés respiratorio, hipotonía, convulsiones, poliuria, deshidratación, nefrocalcinosis, insuficiencia renal, hipertensión arterial, acortamiento del QT y arritmias ventriculares. - Para su diagnóstico es necesario obtener cifras de hipercalcemia, hiper calciuria, hiperfosforemia y vitamina D elevada (forma 25-OH y/o 1,25-OH). - Son necesarias dosis de 1.000.040.000 UI/día durante 1-4 meses para producir intoxicación por vitamina D. - Se debe anotar con claridad en la receta o informe la presentación de vitamina D, dosis por toma y frecuencia de administración, y explicarlo con claridad a los cuidadores, realizando revisiones de dicha pauta en consultas sucesivas.

O-002

ENFISEMA RETROFARÍNGEO EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

De Felipe Pérez, M.; Izquierdo Herrero, E.;
Gutiérrez Jiménez, M.; Justo Vaquero, P.; Ortega
Vicente, E.; Espinoza Leiva, A.P.; Vega Bayón, M.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O002>

Anamnesis: Mujer, 12 años. Acude a Urgencias por traumatismo craneofacial 12 horas antes, tras caída desde altura de 1,30 metros. Cuerpo extraño en cavidad oral (*chupa-chups*) en el momento de la caída, con dificultad para su extracción. Sangrado autolimitado.

Desde entonces, odinofagia, disfagia, sialorrea progresiva y cervicocalgia. Fiebre de 38,1°C y cuadro catarral. **Exploración física:** Dolor intenso a la movilización cervical y la palpación cervical anterior con crepitación. Orofaringe hiperémica, amígdalas hipertróficas sin exudados, herida inciso-contusa en pilar anterior faríngeo, adyacente a úvula. **Procedimientos diagnósticos:** Se procede a la inmovilización con collarín cervical y se realiza una radiografía cervical, con aumento del espacio prevertebral cervical y sospecha de enfisema prevertebral con aparente extensión hasta la región mediastínica bilateral. Otorrinolaringología realiza una nasofibrolaringoscopia, sin hallazgos patológicos. En la tomografía computerizada se aprecia una extenso enfisema subcutáneo que se extiende por el espacio retrofaríngeo, desde nasofaringe hasta el mediastino anterior, disecando los planos grasos cervicales de forma bilateral. Defecto de morfología lineal en la pared posterior de la hipofaringe, adyacente al borde superior de la epiglotis, que podría corresponder con una laceración parietal. **Tratamiento:** Ingreso hospitalario en UCI con inmovilización cervical, dieta absoluta, analgesia con paracetamol, sueroterapia, antibioterapia con amoxicilina-clavulánico, metilprednisolona y omeprazol vía intravenosa. No precisa soporte respiratorio. Buena tolerancia oral con dieta fría para disfagia. Evolución favorable, con resolución de la clínica. Alta domiciliaria a las 72 horas, con seguimiento ambulatorio. **Conclusiones:** El enfisema retrofaríngeo es una entidad clínica rara, tanto en adultos como en niños. Debe sospecharse ante síntomas cervicales de presentación aguda, aun sin enfisema subcutáneo asociado. Requiere ingreso para monitorización estrecha y asegurar que no existe progresión ni complicaciones. El tratamiento es conservador con antibioterapia y corticoides, aunque en perforaciones >2 cm o desgarros complejos puede realizarse reparación quirúrgica.

O-003

ALERGIA EXTREMADAMENTE RARA: ALERGIA A AVENA, REPORTE DE UN CASO

Martín Galache, M.; De Pablo García, M.; Jiménez
Domínguez, A.; Escalona Gil, A.M.; Ferrín Ferrín, M.A.;
De Arriba Méndez, S. - Hospital Universitario de Salamanca,
Salamanca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O003>

Anamnesis: Paciente de 5 años que acude a consulta de Alergología por haber presentado dos episodios de broncoespasmo tras inmersión en bañera con sales de avena coloidal, precisó tratamiento con Salbutamol. No sintomatología a otros niveles. Antecedentes personales: - Respiratorio: asma con procesos infecciosos. Rinorrea durante la primavera. - Dermatológico: dermatitis atópica. - Reumatológico: púrpura de Schönlein-Henoch los 5 meses antes. Antecedentes familiares: - Madre alérgica a pólenes y asmática. **Exploración física:** Sin alteraciones en consulta. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Procedimientos diagnósticos: - Pruebas cutáneas en prick: positivas para avena. Negativas para LTP, cebada, centeno, trigo y bacteria de aeroalérgenos. - Analítica con IgE total e IgE específicas: IgE total: 52,9 KU/L, IgE específica frente a avena: 7,98 KU/L, frente a recombinantes 1 y 5 de polen Phleum 1,04 KU/L y frente a recombinantes 7 y 12 de polen Phleum: 0,00 KU/L. - Procedimientos terapéuticos: - Dado el nivel de IgE en la analítica inicial se prohibió contacto con avena hasta realizar prueba de provocación. - Tras 2 años del diagnóstico se repitieron pruebas cutáneas

en prick y analítica con IgE total y específicas: destacó la negatividad del prick para avena y el descenso de la IgE específica a 5,53 KU/L. Se realizó prueba de provocación con avena con resultado positivo por la aparición de clínica digestiva tras la ingesta de una galleta de avena. - Actualmente la paciente rechaza la realización de nuevas provocaciones por no querer ingerir el alimento. **Conclusiones:** La avena común (Avena sativa) es un cereal muy popular en nuestro entorno debido a su alto valor nutricional. A pesar del consumo generalizado de este cereal se han descrito muy pocos casos de alergia selectiva a la avena. Nuestra paciente se sensibilizó por vía inhalada y se demostró, posteriormente, mediante prueba de provocación la no tolerancia oral.

O-004

ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alonso Rubio, A.M.¹; Del Canto Martínez, L.²;
Barbero Rodríguez, A.¹; Pérez García, I.¹

¹Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España; ²Facultad de Medicina, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O004>

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la alergia más frecuente en el lactante menor de 2 años. La prevalencia es variable del 1,9 al 4,9 %. **Objetivo:** Describir prevalencia de APLV en nuestra población en los últimos 10 años, porcentaje de Ig E positiva, así como edad de diagnóstico, síntomas y tiempo en alcanzar tolerancia. **Metodología:** De una consulta de Atención Primaria con 1.300 niños adscritos con una media de 250 menores de 2 años, seleccionamos de estos los diagnosticados de alergia e intolerancia a proteínas de leche de vaca entre los años 2009-2022. **Resultados:** Se incluyeron 44 niños. El porcentaje de hombres representaría un 68,2 % del total y las mujeres 31,8 %. Al diagnóstico de la APLV, 42,5 % de los lactantes tomaban alimentación artificial, lactancia mixta 37,5 % y lactancia materna 20 %. Se determinó IgE al 77,3 %, dando positivo el 64,7 %. Los síntomas digestivos estuvieron presentes en la mayoría de ellos. Hubo presencia de síntomas cutáneos en el 31 % de los casos, y los síntomas respiratorios tan solo se presentaron en un 7,1 %. Se pautó hidrolizado en el 95,5 % de los pacientes. La edad de diagnóstico de APLV, correspondió con una media de 8,097; DS 8,09 meses. Los lactantes tardaron en alcanzar la tolerancia a una media de 11,95; DS 7,64 meses. **Conclusiones:** La incidencia anual de APLV en los últimos doce años fue de 1,4 %, siendo la mitad mediado por Ig E, con un mayor diagnóstico en hombres que en mujeres. La mayor parte estaban en tratamiento con lactancia artificial al diagnóstico, y los síntomas más frecuentes fueron los digestivos. La edad media de diagnóstico fue de 8,09 meses. Y la mayoría alcanzó la tolerancia antes de los 18 meses.

O-005

CALIDAD DE VIDA Y PRÁCTICA DEPORTIVA EXTRACURRICULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TETRALOGÍA DE FALLOT CORREGIDA

Ribeiro Aguiar, B.¹; Constante, A.R.²; Costa, A.³; Pereira, M.⁴;
Estevens, M.⁵; Graça, I.⁵; Rato, J.⁵; Anjos, R.⁵ - ¹Servicio de Pediatría, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal; ²Servicio de Pediatría, Centro Hospitalar do Oeste - Hospital Caldas da Rainha, Caldas da Rainha, Portugal; ³Servicio de Pediatría, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora, Portugal; ⁴Servicio de Pediatría, Hospital de Portimão, Portimão, Portugal; ⁵Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O005>

Introducción: La Tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente. El aumento de la supervivencia después de la cirugía correctiva justifica la evaluación de la calidad de vida de estos pacientes y las formas de promoverla. **Objetivos:** Evaluar la percepción de los padres sobre la calidad de vida de sus hijos con Tetralogía de Fallot y correlacionarla con la práctica deportiva, patrón de sueño y clase social. Se aplicó el cuestionario Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 - PedsQL. **Métodos:** Datos recopilados a través de una encuesta en línea a una muestra de pacientes con Tetralogía de Fallot (5-18 años), seguidos en la consulta de Cardiología Pediátrica de un hospital terciario. Se seleccionaron pacientes con seguimiento regular y evaluación clínica y ecocardiográfica en los últimos 12 meses. La encuesta consistió en un cuestionario original que incluía el PedsQL 4.0 (para padres), práctica deportiva, patrón de sueño y evaluación social. Encuestas de marzo a junio 2023. **Resultados:** Se contactaron 51 pacientes. Obtuvo respuestas de 36, con edad promedio de 10 años. La calidad de vida de estos niños, según la percepción de los padres, es inferior a la de los portugueses sanos en las dimensiones física (65 % vs 83,5 %, p<0,001) y psicosocial (69 % vs 78,2 %, p<0,001). La práctica de deportes extracurriculares (vs la no práctica) se asocia a una mejor calidad de vida en las dimensiones física (71,33 % vs 58,67 %, p = 0,04) y psicosocial (74,28 % vs 63,22 %, p = 0,02). No hubo impacto del patrón de sueño o clase social en la calidad de vida. **Conclusión:** Los niños con Tetralogía de Fallot corregida tienen una calidad de vida inferior a la de los niños sanos y la práctica regular de deporte se asocia con su mejora. La evaluación deportiva debe ser parte integral de su seguimiento.

O-006

HIPOSPADIAS. REVISIÓN DE ETIOPATOGENIA, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

González De Prádena, B.; Alonso Jiménez, L.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O006>

Objeto: El hipospadias es un espectro de alteraciones del desarrollo. El objetivo es revisar su etiopatogenia y manejo terapéutico. Los objetivos específicos son conocer el manejo pre/postoperatorio, factores de riesgo, diferencias del resultado quirúrgico y difundir ideas clave para optimizar el tratamiento y favorecer la adecuada curva de aprendizaje siguiendo las técnicas con resultados más favorables. **Material y métodos:** Revisión narrativa, acorde a declaración PRISMA y normativa PICO, en las bases PubMed, Web of Science y Scopus; palabras clave "etiology", "hypospadias" y "surgery" y operador booleano AND, obteniendo 351 artículos. Se emplearon criterios de restricción, inclusión/exclusión, se seleccionaron 23 y se añadieron 6 artículos de búsqueda manual, incluyendo finalmente 22 artículos. **Resultados:** El hipospadias (1/250), se clasifica por la posición ectópica del meato uretral, prepucio, tejidos ventrales penianos y chordae en: distal (>50 %), medio (20 %) y proximal (30 %). Etiología desconocida aunque relacionada con factores genéticos, déficit androgénico, factores isquémicos, disruptores endocrinos, incluso parámetros meteorológicos. El manejo consiste en evaluación inicial, ocasionalmente cariotipo+/-valoración endocrinológica. El tratamiento definitivo es quirúrgico, preferible entre 6-36 meses, con objetivo de funcionalidad y estético, incluyendo ortoplastia, uretrotomía y meatoplastia, glanduloplastia, cobertura cutánea e inserción de

catéter temporal. Entre las complicaciones más frecuentes destacan las fístulas uretrocutáneas y marcador inmediato de calidad. Se recomienda seguimiento a largo plazo por asociación con enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares; flujo-metría y transición a Urología, evaluación miccional, función sexual y repercusión psicológica. **Conclusiones:** Alteraciones penianas multietiológicas, debiendo descartar anomalías del desarrollo sexual. El resultado exitoso depende en gran medida de las habilidades del cirujano y disponibilidad del tejido apropiado. La biometría (glándula pequeña o placa uretral estrecha) se asocia con aumento de complicaciones postoperatorias. Algunos cirujanos proponen suplementos de testosterona en microfalos, sin actual consenso. Es importante el seguimiento a largo plazo y se propone la recogida de datos de función sexual para futuros estudios de seguimiento.

GRUPO 2

O-007

DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTADA

Pérez Olló, S.¹; Alonso Marín, A.¹; Echeverría Fernández, M.²; Sola Aparicio, A.¹; Roncal Vázquez, P.M.¹; Álvarez Zallo, N.².

¹Hospital de Navarra, Pamplona, España;

²Hospital de Navarra (C.S. Chantrea), Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O007>

Paciente de 14 años que acudía a consulta por presentar lesiones redondeadas de características purpúricas en ambas extremidades inferiores de un mes de evolución. Las lesiones se habían mantenido estables, no pruriginosas ni descamativas. Afebril, negaba hematuria o malestar general. No ingesta de medicamentos o contacto con animales. En la exploración se observaron lesiones en ambas extremidades inferiores sin predominio por las zonas declives, redondeadas con punteado petequiral no descamativas y no sobrelevadas a la palpación. Dada la naturaleza equimótica se realizó analítica general y sedimento urinario sin observarse alteraciones. Se realizó prueba terapéutica con corticoides tópicos con respuesta parcial durante una semana, pero con la retirada del mismo presentó una intensificación de la equimosis en las mismas lesiones. Se realizó una consulta no presencial con Dermatología pediátrica con el diagnóstico de dermatosis purpúrica pigmentada, indicando tratamiento corticoideo una vez al día durante 1 mes. Recientemente ha acudido a consulta con la práctica resolución de las lesiones, aunque se aprecia una tinción residual en varias de ellas. Ante la presencia de lesiones purpúricas es fundamental realizar analítica para descartar otras entidades causantes de púrpura en niños como pueden ser: trombocitopenias, disfunciones plaquetarias y defectos de coagulación o vasculitis. Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) son un grupo de enfermedades de etiología desconocida, poco frecuentes y benignas, aunque de curso crónico. Se caracterizan por la presencia de inflamación de pequeños vasos sanguíneos superficiales de la piel con extravasación de eritrocitos y depósitos de hemosiderina en los macrófagos en grado variable, que da lugar a múltiples petequias sobre máculas hiperpigmentadas amarillentas. Hay 5 formas de presentación, siendo la enfermedad de Schamberg o DPP progresiva la más común. Su presentación es más frecuente en hombres. La interconsulta mediante fotografía con el Servicio de Dermatología es una herramienta muy práctica para el diagnóstico de nuestros pacientes.

O-008

ROSÁCEA OCULAR, AHORA TAMBIÉN EN PEDIATRÍA

García González, M.; Carnicero Iglesias, A.; Álvarez Díaz, M.; Parafita Fernández, A.; Barreiro Honrado, J.; Abalde Pintos, M.T.; Martínez Fernández, S.; Couceiro Gianzo, J.A.
Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O008>

Anamnesis: Niña de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta desde los 7 años episodios recurrentes de ojo rojo (uni o bilateral) y sensación de cuerpo extraño asociando ocasionalmente lesiones pápulo-pustulosas en región centro facial. **Exploración clínica:** Hiperemia conjuntival con papilas en tarso superior con datos de meibomitis y blefaritis. En frente, nariz y mejillas presenta pápulas sobre fondo eritematoso, discreta presencia de pústulas sin comedones ni telangiectasias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En los primeros años, ante ojo rojo recurrente, las hipótesis diagnósticas en Atención Primaria y Oftalmología de ámbito privado fueron conjuntivitis alérgica, conjuntivitis infecciosa, queratitis y blefaritis, recibiendo tratamiento específico para cada una de ellas con mejoría escasa-parcial, pero recidiva frecuente. De forma paralela, asociaba dermatosis centro facial rosaceiforme, pautándose metronidazol tópico sin éxito, por lo que se reorienta como acné, recibiendo retinoide sin respuesta. A los 11 años, es derivada a Oftalmología y Dermatología. En Oftalmología ante sospecha de blefaroconjuntivitis por Demodex se inicia minociclina oral con gran mejoría en la clínica ocular, remitiendo a su vez las lesiones faciales. En Dermatología se mantienen ciclos de minociclina asociado a ivermectina oral por Demodex. Se realiza biopsia con resultado compatible con rosácea, confirmando rosácea ocular. Actualmente, se busca la mejor estrategia terapéutica: evitar desencadenantes, antibioterapia con minociclina/doxiciclina orales y control demodicidosis con ivermectina tópica. **Conclusiones:** Existe un subtipo de rosácea con afectación ocular, la cual puede preceder, aparecer simultánea o posterior a las lesiones cutáneas, dificultando el diagnóstico. La baja prevalencia de esta patología en la infancia origina demoras en el diagnóstico, por lo que debemos conocer esta entidad para detectarla precozmente. El riesgo de complicaciones oculares es mayor en la población pediátrica. La evolución puede ser tórpida, a pesar de un adecuado tratamiento, siendo necesario seguimiento multidisciplinar por Oftalmología y Dermatología.

O-009

¿DOCTOR, POR QUÉ MI HIJO PARECE UNA CEBRA?

Alcubilla García, L.¹; Arroyo Ruiz, R.²; Villoria Álvarez, M.J.²; Ruiz Moreno, M.R.³; Álvarez Smith, C.I.¹; Ferrín Ferrín, M.A.¹; Martín Galache, M.¹; Jiménez Domínguez, A.¹; De Pablo García, M.¹; Escalona Gil, A.M.¹
¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;
²Centro de Salud periurbana norte, Salamanca, Salamanca, España;
³Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O009>

La piel del recién nacido presenta características de inmadurez que conlleva a una serie de lesiones cutáneas benignas y transitorias propias de esta época. Presentamos el caso de un lactante con un tipo de lesiones transitorias del recién nacido poco frecuentes. **Anamnesis:** Recién nacido varón en seguimiento en consultas de Atención Primaria por persistencia de ictericia Kramer III a los 18 días de vida. Tras la resolución de dicho cuadro, al mes de vida presenta una alteración en la piel no visualizada en los contro-

les previos. Como antecedentes personales destaca un embarazo controlado con parto eutócico a las 38 semanas y peso adecuado a su edad gestacional. No presentaba patología de interés durante el embarazo ni incompatibilidad de grupo sanguíneo. Adecuada lactancia materna desde el nacimiento. No presentaba antecedentes familiares con patologías cutáneas ni otras enfermedades conocidas.

Exploración: Evidenciamos 6 lesiones hiperpigmentadas lineales horizontales en parte anterior de abdomen y tórax paralelas entre sí sin completar trayecto circunferencial. No desaparecen con alcohol ni blanquean a la digitopresión. No otras lesiones en la piel ni lesiones en mucosas. Sin otros hallazgos de interés. **Procedimientos diagnósticos:** Analítica sanguínea a los 18 días de vida por ictericia, en la que se evidencia aumento de bilirrubina (10,3 mg/dl) a expensas de bilirrubina indirecta (Bi directa 0,8 mg/dL) con resto de bioquímica y hemograma normales. **Conclusión:** Se trata de líneas pigmentarias transitorias del recién nacido, una entidad poco frecuente con predominio en neonatos de raza negra o piel oscura y sexo masculino. Se engloban dentro de las lesiones cutáneas benignas transitorias del recién nacido, debidas a la inmadurez de los componentes cutáneos.

O-010

HERNIA DE MORGAGNI COMO HALLAZGO CASUAL EN LACTANTE CON FENOTIPO PECULIAR

Trincado Lamuño, R.¹; Romero De Paz, M.D.². - ¹Hospital del Niño Jesús, Madrid, España; ²Centro de Salud San Fernando, Madrid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O010>

Anamnesis y exploración clínica: Lactante nacida en diciembre de 2022. Padres (no consanguíneos) y hermana mayor sanos. Prima segunda afecta de metabopatía por déficit BCSIL. Antecedentes perinatales: embarazo controlado. Feto con sospecha de retrognatia, sin otros hallazgos ecográficos patológicos. Pruebas endocrinometabólicas y cribado auditivo normales. Ingreso en Neonatología por distrés respiratorio leve, no precisa intubación. En revisiones rutinarias en el centro de salud destaca fenotipo peculiar con retrognatia, orejas de implantación baja, hipotonía axial, retraso ponderal, rechazo del alimento, abundantes vómitos y sialorrea constante. Precisa colocación de sonda nasogástrica precoz. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ingreso hospitalario a los tres meses por dificultad respiratoria. En radiografía de tórax solo se observan signos de hiperinsuflación pulmonar y engrosamientos peribronquiales en contexto de bronquiolititis. A los cinco meses, debido a pérdida accidental de la sonda nasogástrica, acude a Urgencias para su recolocación. En radiografía de tórax de control se objetiva una hernia de Morgagni con contenido de intestino grueso, resto del tubo digestivo con adecuada distribución del gas intestinal, sin signos de obstrucción. Actualmente seguimiento multidisciplinar en: Nutrición (alimentada con fórmula hipercalórica, ganancia ponderal lenta progresiva, mejoría espontánea de la sialorrea, persisten vómitos frecuentes tras las tomas), Cirugía pediátrica (se mantiene actitud conservadora respecto a la hernia), Metabopatías (aminoácidos en plasma y orina normales excepto aumento de treonina, serina, glicina, alanina, citrulina, isoleucina, tirosina y ornitina. Ácidos orgánicos, acilcarnitinas, CDT e isoformas de transferrina normales), Sindromología (estudio de arrays sin hallazgos), Oftalmología (leve retraso madurativo visual), Neurología (retraso madurativo), Rehabilitación, Logopedia, Terapia ocupacional y Fisioterapia. **Conclusión:** La hernia diafragmática congénita se presenta de forma tardía en el 5-45 % de los casos. Expresión clínica variable: desde casos asintomáticos a síntomas respiratorios (tos, disnea) o digestivos (fallo de

medro, vómitos). La sintomatología digestiva predomina en defectos izquierdos como en el caso que presentamos.

O-011

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA PULMONAR

Mesa Helguera, S.; Campo De La Fuente, M.; Roncal Vázquez, P.M.; Mateos Torre, P.; Durán Sánchez, M.Á.; Álvarez García, J. - Hospital de Navarra, Pamplona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O011>

Anamnesis: Varón de 4 años que acude por tos seca y rinorrea de 5 días de evolución, comenzando con fiebre (máximo 38,5°C) y empeoramiento de la tos las últimas 48 horas. No otra sintomatología asociada. **Exploración física:** TEP estable. En la auscultación cardiopulmonar (ACP) presenta dudosa espiración alargada con crepitantes finos en bases y saturación de oxígeno de 97 %. Resto de la exploración anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de neumonía se realiza ecografía clínica en consulta, objetivándose consolidación pulmonar tissue like (hepatización) con broncograma aéreo. Se inicia tratamiento con amoxicilina, remitiendo la fiebre en 48 horas. Al mes acude nuevamente por persistencia de la tos, presentando en la ACP dudosos crepitantes/sibilantes en campos inferiores, asociando leve hipoventilación, por lo que se inicia prueba terapéutica con salbutamol, con mejoría posterior de la hipoventilación. Se repite ecografía clínica, que muestra similar imagen clínica que la previa, planteándose diagnóstico diferencial entre bronquitis persistente vs neumonía. Se amplía estudio con radiografía torácica, que es informada como normal. Tras un mes con tratamiento broncodilatador y nuevamente antibioterapia, refiere persistencia de la tos con las emociones y el esfuerzo físico. Se repite ecografía clínica, que muestra persistencia de área tissue like, asociando líneas B y broncograma estático. Se plantea diagnóstico diferencial con atelectasia. Se decide añadir budesonida inhalada y control en un mes. **Conclusiones:** 1. El uso de ecografía clínica en Atención Primaria (AP), es una herramienta rápida y accesible que permite el diagnóstico diferencial de patologías agudas frente a otras entidades más crónicas que requieren otro manejo terapéutico. 2. El uso de ecografía en nuestro paciente nos permitió seguimiento estrecho y evitó la necesidad de realizar radiografías torácicas seriadas. 3. Sería importante una mayor formación de los profesionales en el uso de esta técnica dada su elevada costo-eficiencia e inocuidad para los pacientes.

O-012

POSIBLES ETIOLOGÍAS A DESCARTAR ANTES DE DIAGNOSTICAR FALSO POSITIVO MDMA

González De Prádena, B.; Sánchez Vázquez, A.R. Hospital Torrecárdenas, Almería, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O012>

Anamnesis: Preescolar de 5 años sin antecedentes salvo hermana con parálisis cerebral infantil. Tratado con fenoximetilpenicilina: 12.500 U/kg por faringoamigdalitis no confirmada microbiológicamente. Acudió tres ocasiones por: fiebre, comportamiento delirante, crisis convulsiva al despertar, decidiéndose finalmente ingreso para estudio etiológico. **Exploración:** TEP inestable, discurso incoherente, midriasis reactiva e inestabilidad, pasando de agitación a estuporoso con canalización vía periférica, sin nuevas crisis. Perma-

necio afebril, realizaba movimientos erráticos simulando mioclonías oculares, cuadro vertiginoso, vómitos y lateralización. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente, se realizaron analítica sanguínea (leucocitosis, linfocitos activados sin blastos), hemocultivo (negativo) y tóxicos en orina (éxtasis positivo cualitativo x3, cuantitativa negativa y a los padres: madre benzodiazepinas positivo, resto negativos). Posteriormente, tras constatar criterios de posible encefalitis autoinmune se realizó despistaje de esta, patología tumoral asociada a opoclonus mioclonus y amplio diagnóstico diferencial: - Virus respiratorios nasofaríngeos (negativos). - Sangre: elevación de cortisol, ferritina, lactato-deshidrogenasa y prealbúmina; bioquímica anodina, función tiroidea y estudio inmunológico normales; marcadores tumorales negativos, serologías infecciosas (infección aguda VEB). - Líquido-cefalorraquídeo: hematíes <2.000, 26 leucocitos (100 % mononucleares), sin consumo de glucosa, hiperproteorraquia leve y cultivo, PCR virus/bacterias y estudio de autoinmunidad negativos. - Orina: ácido-homovanílico/Creatinina normal, ácido vanilmandélico/creatinina y catecolaminas elevadas. - Ecografía-transcraneal, TAC + RMN craneal, radiografía-torácica, ecografía-abdominal, electroencefalograma y SPECT-TC 123 MIBG normales. - Se pautó corticoterapia intravenosa (30 mg/kg) con mejoría de sintomatología neurológica. Además, relacionaban el cuadro con antibioterapia, posiblemente falso MDMA+ tras ingesta. Alta tras sospecha de reacción adversa a fármaco y síndrome febril con alteración comportamental. Seguimiento en Salud-Mental-InfantoJuvenil (alteración comportamental persistente) y Alergología (IgE neumoaérgenos + alimentos + penicilina G negativos). **Conclusiones:** La alteración comportamental es consulta frecuente, reto diagnóstico en la práctica diaria, cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque incluye múltiples etiologías que deben ser descartadas. Es importante la anamnesis (antecedentes y farmacología en uso) y realizar diagnóstico diferencial ante alteración comportamental aguda. Un diagnóstico fundamental y confusor fue el falso positivo MDMA tras penicilina oral, posible en análisis cualitativo a tóxicos.

GRUPO 3

O-013

APRENDIZAJE DE LA POSICIÓN DE LATERAL DE SEGURIDAD POR ESCOLARES DE 12 AÑOS

Suárez Camacho, R.¹; García Zuazola, I.¹; Fernández, M.²; Vázquez Álvarez, S.³; Castro Alonso, L.⁴; Seijas, A.⁴; Otero Agra, M.²; Gómez Silva, G.¹; Izquierdo Vázquez, V.⁵; Rodríguez Núñez, A.¹ - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Escuela de Enfermería de Pontevedra, Universidad de Vigo, Pontevedra, España; ³Grupo de investigación REMOSS, Universidad de Vigo, Pontevedra, España; ⁴Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España; ⁵Grupo Investigación SICRUS, Santiago de Compostela, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O013>

Introducción: La maniobra de colocación en posición lateral de seguridad (PLS) se recomienda en víctimas inconscientes y respiración normal. Esta maniobra debería ser conocida por todos los ciudadanos, por lo que sería interesante incluirla en la enseñanza de los primeros auxilios en las escuelas. **Objetivos:** Evaluar los resultados de un programa para enseñar a los escolares de 12-13 años la maniobra de PLS. **Material y métodos:** Estudio mixto formativo y cuasiexperimental en escolares de 12-13 años de cinco colegios concertados, con 3 fases formativas (a directivos escolares y tutores

legales, a profesores de educación física y a los escolares) y una de evaluación mediante una lista de comprobación de las habilidades en un escenario simulado. **Resultados:** Se incluyeron 167 escolares (56 % chicas). Durante la simulación, el 83 % tomaron la decisión de colocar a la víctima en PLS y no tuvieron dificultades para girarla. Sin embargo, solo el 38 % consiguió una posición estable, el 25 % realizó la maniobra siguiendo todos los pasos recomendados y el 15 % realizaron bien la maniobra frente mentón. **Conclusiones:** Tras un programa formativo diseñado específicamente, los escolares de 12 años han aprendido la importancia de colocar a una víctima inconsciente en PLS, pero la mayoría no consiguió los objetivos de calidad de la maniobra. Por ello, si bien la formación escolar puede ser una buena estrategia para enseñar la PLS a la población general, sería preciso redefinir el programa formativo a aplicar, haciendo énfasis en la maniobra frente mentón y en la posición estable de la víctima.

O-014

ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y HORAS DE SUEÑO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 4 Y 5 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD

Erice Echegaray, B.¹; De La Casa Marín, A.²; Cuenca Ruiz, S.³; Moreno González, P.¹; García Pascual, N.¹; Cires De Orbe, M.¹; Elcarte López, T.¹; Vilela Martínez, E.⁴; Legarra Gorgoñón, G.². ¹Centro de Salud de Iturrama, Pamplona, España; ²Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet, Pamplona, España; ³Centro de Salud de Casco Viejo, Pamplona, España; ⁴Centro de Salud de Iturrama@navarra.es, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O014>

La inactividad física es un importante factor de riesgo de mortalidad mundial y contribuye al aumento del sobrepeso y obesidad. La primera infancia es un periodo de desarrollo físico rápido, durante el cual se adoptan los hábitos de los/las niños/as. La OMS (2019) recomendó un mínimo de 180 minutos/día de Actividad Física (AF) en menores de 5 años, de los que 60 fueran AF de moderada a vigorosa (AFMV). **Objetivos:** Evaluar mediante acelerometría el cumplimiento de dichas recomendaciones en niños preescolares de nuestro centro de salud y ver su relación con variables antropométricas, sociodemográficas y hábitos de sueño. **Material y métodos:** 97 participantes (49 niños). Se realizó antropometría incluyendo peso y talla (T), Perímetro cintura (PC) y pliegue tricípital. Para medir tiempo de AF y horas de sueño se utilizó un acelerómetro triaxial GENEActiv durante 7 días consecutivos. El paquete estadístico empleado con IBM SPSS Statistics 26. Se determinó la normalidad estadística por la prueba Kolmogorov-Smimov. Variables continuas expresadas en media +/- DS. Nivel de significancia en $\alpha \leq 0,05$. **Resultados:** La edad media era 5,3 años. Solo el 58,2 % cumplen las recomendaciones de AF con diferencia entre sexos (niños el 72,3 %, niñas 43,2 % $p = 0,005$) La AFMV en niños 84 min/día frente a 55,53 min/día las niñas ($p < 0,05$). Horas de sueño insuficientes (<9 h) en el 85,3 %. Hay diferencias respecto al PC/T>0,5, (obesidad abdominal) con $p = 0,058$ entre los que cumplen y no las recomendaciones de la OMS, pero no por IMC ni por pliegue tricípital. **Conclusiones:** En esta edad la AF que realizan los preescolares es insuficiente, se mueven, pero no llegan a niveles de AFMV. Las niñas aún menos. Existen diferencias según el nivel socioeconómico sin ser estadísticamente significativas. Esperamos seguir impulsando la AF desde los primeros años de vida e ir logrando más horas de actividad también en las niñas.

O-015

LOCOMAN: APRENDER REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR CONSTRUYENDO TU PROPIO MANIQUÍ EN LA ESCUELA

Suárez Camacho, R.¹; García Zuazola, I.¹; Mazaira López, X.¹; Gómez Silva, G.¹; Navarro Gonzalo, C.C.¹; Peixoto Pino, L.²; Barcala Furelos, R.³; Izquierdo Vázquez, V.⁴; Martínez Isasi, S.⁵; Rodríguez Núñez, A.¹.

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Colegio de Educación Infantil y Primaria Cardenal Quiroga Palacios, Santiago de Compostela, España;

³Facultad de Ciencias de la Educación Física y el Deporte, Universidad de Vigo; RICORS, Vigo, España; ⁴Grupo Investigación SICRUS; RICORS, Santiago de Compostela, España; ⁵Universidad de Santiago de Compostela; RICORS, Santiago de Compostela, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O015>

Objetivos: Diseñar un maniquí de reanimación cardiopulmonar (RCP) de bajo coste que se pueda construir en casa y en la escuela, que simule la fisiología de la circulación, para que niños en edad escolar se capaciten para realizar maniobras de RCP en situaciones de parada cardíaca extrahospitalaria. **Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental de 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. 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 un 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. - La realización de maniqués de bajo coste puede integrarse en un proyecto educativo que promueva el aprendizaje de la RCP en los colegios.

O-016

LA REALIDAD VIRTUAL EN LA FORMACIÓN CONTINUADA EN SALUD: UN PASO HACIA EL FUTURO EN BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS

Gavilán Calmaestra, M.C.; Ferrer Costa, J.; Colmenares Hernández, L.J.; Villarejo Romero, V.
ABS Apenins montigalà, Badalona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O016>

Durante la pandemia el mundo se detuvo, y también la formación continuada del personal sanitario. Esta situación nos obligó a agudizar el ingenio y desarrollar nuevas formas de continuar formándonos, evitando al máximo el contacto interpersonal. Incorporamos la realidad virtual (RV) en nuestra formación continuada.

La realidad virtual permite la simulación de situaciones clínicas críticas sin riesgo para el paciente, fomentando la toma de decisiones efectivas y la mejora de habilidades clínicas en un entorno controlado y reproducible. **Objetivos:** - Evaluar la aplicabilidad y aceptabilidad de la realidad virtual como herramienta innovadora para la formación continua y el desarrollo de habilidades clínicas en el personal sanitario. - Evaluar los posibles efectos secundarios experimentados por los usuarios durante las sesiones de realidad virtual. **Material y métodos:** Impulsados por una beca de Medilink East Midlands y la Comisión Europea, colaboramos con i3Simulations para adaptar al castellano los escenarios de la aplicación Resuscitation VR; que abarcan 3 escenarios de Urgencias pediátricas y uno de adulto, alineados con nuestros protocolos locales. Los participantes, médicos de familia, pediatras, residentes de medicina familiar y enfermería ($n = 38$), asistieron a sesiones de 2 h y proporcionaron su experiencia a través de encuestas. **Resultados:** Los resultados de la encuesta revelan alta satisfacción; 100 % de los encuestados desean usarlo con frecuencia; el 90 % lo considera fácil de usar, y el 80 % se siente cómodo, con pocos informes de malestar. Solo un pequeño grupo (3 de 38) requirió breves descansos, pero todos finalizaron sus sesiones. Un porcentaje significativo consideró factible su uso durante periodos más extensos. **Conclusiones:** Nuestros resultados destacan el potencial de la realidad virtual en la educación sanitaria por su eficacia, accesibilidad y facilidad de uso. Planeamos expandir los escenarios clínicos, fortaleciendo la formación de nuestros residentes y profesionales, y mejorando así la calidad de la atención sanitaria.

O-017

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESCABIOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿HAY UN AUMENTO DE CASOS? ¿HAY MAYOR FRACASO TERAPÉUTICO?

Santos Gómez, L.¹; Alonso Alonso, A.¹; Alonso Lorenzo, J.C.²; Mesa Lombardero, E.¹; Salcedo Fresneda, O.¹; Muñoz Lumbreras, M.¹; Mangas Sánchez, C.³.

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España; ²Área Sanitaria IV, Oviedo, España; ³Centro de Salud La Corredoria, Oviedo, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O017>

Introducción: La escabiosis es una infestación de la piel por un parásito, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, cuya vía de transmisión habitual es el contacto directo con la piel de la persona infestada. Es una patología frecuente en la edad pediátrica cuyo diagnóstico es clínico. El tratamiento de primera línea es crema de permetrina al 5 %. Hemos apreciado un aumento progresivo de los casos de escabiosis en nuestra comunidad, motivo por el que realizamos este estudio. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo y retrospectivo entre enero de 2021 y abril de 2023 en el que se analizaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de escabiosis de un Centro de Atención Primaria. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de la población y las respuestas al tratamiento. **Resultados:** De los 73 pacientes, 65 fueron detectados en el periodo 2022-2023, por lo que nos centramos en ellos en el análisis estadístico: el 52 % (34) fueron niñas y el 49 % (32) tenían 9 o más años. Destaca que 32 (49 %) tenían un nivel socioeconómico bajo (TSI 001). Un 66 % tenían contacto conocido, siendo lo más habitual familiares afectados. Si estudiamos los tratamientos empleados, 61 pacientes recibieron permetrina tópica al 5 %. De ellos el 56 % precisaron un tratamiento de segunda línea. En total 31 pacientes (48 %) recibieron tratamiento con ivermectina oral y 11 (17 %) vaselina azufrada. En 3 pacientes (4,6 %) fue

precisa la derivación a Dermatología. **Conclusiones:** En el presente estudio hemos objetivado un aumento de la incidencia de escabiosis en nuestro medio. Llama la atención el porcentaje de pacientes con fracaso terapéutico y aquellos que recibieron tratamiento con fármacos de segunda línea. Menos de un 5 % precisaron valoración por Dermatología.

O-018

BRONQUIOLITIS TRAS LA PANDEMIA, ¿“FAST & FURIOUS”?

Aviñó Llácer, A.; Beltrán García, S.; García Henarejos, M.; Martí Enrique, V.; López Cruz, J.; Murcia Ramón, N.; Pequeño Pérez, S.; Martínez Bayo, Á.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O018>

Objetivo: Analizar las diferencias entre niños ingresados por bronquiolitis antes y después de la pandemia por COVID-19 en un hospital comarcal de la provincia de Alicante. **Material y métodos:** Estudio de casos-controles de niños menores de 12 meses ingresados por bronquiolitis aguda en el periodo prepandemia (julio 2015-marzo 2020) y postpandemia (julio 2021-junio 2023). El análisis estadístico se ha realizado con SPSS. **Resultados:** Ingresan 168 niños, 106 en periodo prepandemia (21,2 ingresos/año) y 62 postpandemia (31 ingresos/año). 61,3 % varones y 38,7 % mujeres prepandemia; y 53,2 % varones y 46,8 % mujeres postpandemia. En el periodo postpandemia se observa un adelanto del pico de incidencia de un mes, con pico en noviembre-diciembre, cuando en prepandemia eran en diciembre-enero. No hay diferencias significativas en la media de edad (3,69 meses prepandemia frente a 3,09 meses postpandemia, $P = 0,96$), ni en los días de ingreso (2,91 prepandemia y 3,29 postpandemia, $P = 0,94$). El porcentaje de bronquiolitis por VRS fue igual en ambos grupos (77,4 %). En el periodo postpandemia requirieron antibioterapia por sobreinfección bacteriana el 19,4 % frente al 11,3 % prepandemia, siendo el Riesgo Relativo (RR) de 1,88 (IC: 0,78-4,49, $P = 0,15$). Se utilizó ventilación no invasiva con oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en el 22,6 % de niños en el periodo postpandemia frente al 11,3 % prepandemia, con un RR de 2,23 (IC: 0,98-5,32, $P = 0,052$). No hubo diferencias significativas en los pacientes que precisaron traslado a UCIP (4,8 % postpandemia frente a 5,3 % prepandemia, $P = 0,82$). **Conclusiones:** Tras la pandemia por COVID-19 la epidemia de bronquiolitis anual se ha adelantado y ha mostrado mayor virulencia, aumentando el número de ingresos. Además, si bien las diferencias no han sido significativas, ha existido un aumento de bronquiolitis moderadas que han precisado OAF, y de bronquiolitis que han requerido tratamiento antibiótico por sobreinfección bacteriana. Sin embargo, no hemos observado un aumento de bronquiolitis graves que requieran traslado a UCIP.

GRUPO 4

O-019

¿QUÉ ESTÁ PASANDO CON EL ESTREPTOCOCO EN PEDIATRÍA? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD EN ASTURIAS

Vázquez Villa, J.M.¹; Prieto Salcedo, M.L.²; López Martínez, A.².
¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España;
²Hospital Valle del Nalón, Riaño (Langreo), España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O019>

Objetivo del trabajo: Conocer la situación real y manejo de la faringoamigdalitis estreptocócica en nuestra Zona Básica de Salud (VIII.2: La Felguera-Tuilla) con una población de 1.806 menores de 14 años. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnósticos codificados de faringoamigdalitis estreptocócica y escarlatina, en un periodo de 12 meses y recogida de distintas variables en formulario anonimizado. **Resultados:** Se obtuvieron 221 pacientes (12,23 % del total de niños); edad: 2-13 años. Mayor incidencia entre enero y mayo, siendo marzo el mes con pico máximo (23 %). Clínica más frecuente: faringodinia (83 %), fiebre (72 %), adenopatías (64 %), enantema de paladar (38 %) y exudados amigdalares (37 %). Hasta un 50 % tenían clínica catarral (mocos/tos). El 8,6 % asoció exantema escarlatiniforme y el 2,8 % exantemas inespecíficos/rash urticarial. Complicaciones: un absceso periamigdalino que requirió ingreso hospitalario. El 74 % de los diagnósticos fueron realizados por pediatras, confirmándose un 67 % con test de diagnóstico rápido (TDR). El antibiótico más utilizado para un primer episodio fue la amoxicilina (45 %), seguido por penicilina oral (40 %). Solo en un 10 % la pauta terapéutica fue incorrecta, prescrita por médicos no pediatras. Se constató una tasa de recaída del 8,6 %. **Conclusiones:** Previo al estudio teníamos la percepción subjetiva de un aumento de las faringoamigdalitis estreptocócicas, sin embargo los datos se asemejan a los reflejados en series publicadas en nuestro país. Sí que constatamos que, aunque los criterios clínicos de Centor siguen primando como guía diagnóstica, hay otros hallazgos (faringodinia o enantema), así como la existencia en más del 50 % de los casos de síntomas catarrales y edad mayor de 2 años, que nos deben hacer pensar en el estreptococo como causa diagnóstica y confirmarlo con TDR o cultivo. Los datos presentados demuestran la importancia de un buen diagnóstico clínico y confirmación microbiológica, así como en insistir en la pauta antibiótica correcta.

O-020

INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: ALERTA MUNDIAL

López Allúe, L.; Gutiérrez Valcuende, C.; Morales Albertos, L.; De Felipe Pérez, M.; Morales Moreno, A.J.; Uribe Reina, M.P.; Escobar Fernández, L.; Marugán De Miguelsanz, J.M.
 Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O020>

Objetivo: La infección por *Streptococcus pyogenes* produce desde cuadros respiratorios y cutáneos comunes a infecciones invasivas con alta morbimortalidad. En los últimos años ha aumentado la incidencia de estas últimas, desatando una alerta mundial. Nuestro objetivo es analizar y describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel desde noviembre 2022 a abril 2023. **Resultados:** Se incluyen 4 pacientes, previamente sanos, diagnosticados de infección invasiva por *S. pyogenes*. El 50 % fueron varones con una edad media de 3,7 años. Los síntomas comunes en todos ellos fueron malestar general y fiebre. El 75 % fue derivado desde Atención Primaria por clínica respiratoria: dos neumonías, una complicada con derrame pleural que precisó drenaje, y un cuadro catarral asociado a cefalea con hipoestusias. El paciente restante presentó cojera de inicio brusco por dolor en miembro inferior. Todos precisaron ingreso hospitalario con una estancia media de 7 días. El 50 % requirió asistencia de cuidados intensivos y 1 falleció. Todos presentaron aumento de reactantes de fase aguda con valores medios de PCR 272,05 mg/L

y procalcitonina 32,95 ng/mL. El 75 % presentó coinfección con patógenos víricos. En todos se empleó antibioterapia intravenosa empírica con cefotaxima, asociada a clindamicina en dos casos. Tras confirmación microbiológica y mejoría clínica se ajustó según antibiograma. **Conclusiones:** El aumento reciente de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* ha creado la necesidad de determinar nuevos mecanismos de detección y prevención. La presencia de malestar general con fiebre asociado a cuadros respiratorios complicados y la elevación temprana de reactantes de fase aguda, deben hacer sospechar infecciones invasivas por este patógeno. El reconocimiento y derivación de estos cuadros por parte de los pediatras de Atención Primaria permite el inicio precoz de antibioterapia y favorece el pronóstico.

O-021

¿LO SABEMOS TODO SOBRE EL SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO?

Monllor Carrasquer, A.¹; Giner Sopena, G.²; Carvajal Roca, E.²; Tronchoni Belda, M.²; Torres Palomares, D.²; Güemes Herás, I.²; Fornes Vivas, R.M.²; Picó Sirvent, L.².

¹Universidad Católica de Valencia. San Vicente Martir, Valencia, España;

²Hospital La Salud, Valencia, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O021>

Objeto del trabajo: El síndrome inflamatorio multisistémico (SIMPedS) vinculado al SARS-CoV-2 es una nueva entidad en Pediatría, muy reciente, que surge tras una infección por COVID-19, hacia la que el niño desarrolla una reacción inmune exagerada. Presenta diversas anomalías inflamatorias que se manifiestan en la analítica, con afectación cardíaca importante y coagulopatías. Muestra rasgos similares a la enfermedad de Kawasaki (EK). Presenta importante morbilidad y mortalidad en los pacientes afectados. Existen criterios para su diagnóstico. Nuestro objetivo es describir una serie de casos para contribuir al conocimiento de esta enfermedad y sus diferencias respecto a las diferentes olas en las que se presentaron. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal, elaborado a partir de las historias clínicas de los niños < de 15 años que ingresaron en el hospital con diagnóstico al alta de SIMPedS desde junio de 2020 a julio 2022. Analizaremos variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. **Resultados:** Obtuvimos un total de 7 niños, 6 mujeres y 1 varón. Edad: 3 lactantes y 2 > de 6 años. Todos ellos presentaron en común la fiebre de varios días de evolución, síntomas gastro-intestinales (85,7 %), afectación muco-cutánea (85,7 %), afectación cardíaca y alteraciones analíticas con aumento de los marcadores inflamatorios, y coagulopatía. El 42,9 % presentaba alteraciones Rx tórax y ecocardiografía patológica en el 85,7 %, todos menos uno. Todos ellos precisaron ingreso en UCIP. **Conclusiones:** El SIMPedS asociado al SARS-CoV-2 es una nueva entidad clínica de alta relevancia que ha de incluirse en el diagnóstico diferencial del síndrome febril en la infancia. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico y la morbilidad de la patología. Los cuadros clínicos que presentaron nuestros pacientes no han mostrado diferencias de presentación, manejo y/o tratamiento según la ola en la que aparecieron.

O-022

LUMBALGIA, MÁS ALLÁ DEL DOLOR MUSCULAR

Pérez Vereda, M.; Gran Vargas, I.; Anchóriz Esquitino, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O022>

Paciente de 21 meses que acude al Servicio de Urgencias por inestabilidad de la marcha. Sin antecedentes familiares ni personales de interés. Tratamiento habitual con ketotifeno. Refieren deambulación inestable con hiperextensión cefálica, sin caídas. Previamente valorado por pediatra, recomienda antiinflamatorios por sospecha de dolor muscular. Niegan traumatismo ni vacunación reciente. Dolor abdominal el día anterior, sin vómitos ni diarrea. Pico febril aislado de 38,7°C hacía 5 días. Tos y mucosidad. Exploración: buen estado general, faringe y tímpanos hiperémicos. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Exploración neurológica normal, a excepción de inicio de la marcha con hiperextensión cervical, hiperlordosis lumbar y brazos en rotación externa, algo inestable, sin aumento de la base de sustentación, caídas ni cojera. A los minutos corrige postura normalizando la marcha. No dolor ni dificultad para sedestación ni deambulación. Signos meníngeos negativos. Balance articular de miembros inferiores completo. Se realiza sistemático y tóxicos en orina, obteniendo resultado positivo para antidepresivos tricíclicos, que pueden tener reacción cruzada con ketotifeno. Dado de alta con diagnóstico de discinesia por ketotifeno. Al día siguiente reacuden por empeoramiento. Exploración similar con palpación de contractura en musculatura paravertebral izquierda. Analítica normal. Alta con tratamiento antiinflamatorio y diagnóstico de contractura muscular. Pasadas dos semanas, acuden a nuestras urgencias por persistencia. Nuevo pico febril hacía cuatro días. Se realiza radiografía de columna y analítica, normales. Ingres para estudio, pautando cefuroxima ante sospecha de espondilodiscitis. Realizamos resonancia de columna con hallazgos sugestivos de espondilodiscitis D10-D11, con colección flemonosa epidural. Finalmente, al 5º día de tratamiento, queda asintomático. Es necesario realizar un examen exhaustivo de nuestros pacientes, dando importancia a aquellos síntomas que, a pesar de ser bizarros o que no tener datos de alarma, sean motivo de múltiples consultas. Es fundamental rehistoriar en cada visita y buscar un único diagnóstico que de explicación a todos sus síntomas.

O-023

“A MI HIJO LE DUELE EL OÍDO”. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA OTITIS

Möller Díez, A.; Sánchez Trujillo, L.; Jiménez Marina, L.;

González Santiago, M.P.; Antúnez Segura, A.L.;

Zamora Gómez, L.; Alonso Soria, R.; Manzano Chuliá, S.;

Corvillo González, B.; De Peralta Domínguez, M.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O023>

Introducción: La mastoiditis es la infección de las celdillas mastoideas. Se trata de la complicación intratemporal más frecuente tras una otitis media aguda. Es una enfermedad infrecuente, en la que se ha observado un aumento de la incidencia. **Caso clínico: Anamnesis:** Niño de 4 años que acude por otalgia derecha de 24 horas de evolución y otorrea. Asocia fiebre y aumento de mucosidad. En la exploración física destaca despegamiento del pabellón auricular con eritema y aumento de temperatura en región retroauricular, junto a perforación timpánica inferior. Resto de exploración normal. Ante la sospecha de mastoiditis aguda, se extrae analítica sanguínea, con leucocitosis de 22.000 y elevación de proteína C reactiva de 246,5 mg/l. Se ingresa y se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico intravenoso y antibioterapia ótica. Ante la lenta evolución, se

realiza tomografía computarizada, observándose absceso subperióstico adyacente a mastoides y defecto de repleción parcial en confluencia del seno transversal con sigmoide sugestivo de trombosis. Precisa mastoidectomía, siendo el cultivo estéril. Se cambia antibioterapia a cefotaxima y metronidazol intravenosos, cambiando a vancomicina ante el hallazgo de erupción cutánea tras metronidazol. A los 20 días presenta analítica de control normal, así como mejoría radiológica. Es derivado a consulta de Hematología infantil, con estudio de trombofilia normal. **Conclusiones:** La trombosis venosa del seno es una enfermedad infrecuente y potencialmente mortal. Las infecciones otorrinolaringológicas y los trastornos hematológicos son factores de riesgo para su desarrollo. Se trata de una de las causas de ictus en la infancia, por lo que será fundamental considerarlo en el diagnóstico diferencial ante pacientes con infecciones a nivel del oído con una evolución tórpida.

O-024

ABSCESO MAMARIO COMO DEBUT DE INMUNODEFICIENCIA

Bermejo Rodríguez, I.M.; Raya Tejero, C.; Puyana Rodríguez, J.M.; Palacios Fernández, N.; Díaz Méndez, I.; Farrona Villalba, A.; Franco Martín, I.; Panduro Romero, L.; Rojas Valle, L.; Botana Del Arco, I.M.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O024>

Anamnesis: Mujer de 13 años de edad que consulta por tumoración dolorosa en mama izquierda, con secreción marrón-amarillenta desde hacía dos semanas. Afebril. No otra clínica. Como antecedentes de interés destaca periodo perinatal normal, no retraso en caída del cordón ni en la aparición de la dentición. Presentó en el mismo año, apendicitis complicada, posteriormente con absceso y enteritis debida a *Salmonella*. Diagnosticada de gastritis crónica con hiperplasia folicular linfoide. **Exploración clínica:** Nódulo palpable en zona subareolar de mama izquierda de 1,5 x 1,5 cm, de consistencia dura. No adenopatías acompañantes. Resto de exploración, normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía de mama objetivándose 3 quistes con contenido ecogénico en su interior con aumento de vascularización y cambios inflamatorios, sugestivos de proceso infeccioso. Se extrajo frotis de secreción en pezón creciendo *Pseudomonas aureginosa*. Inicialmente, se trató de forma empírica con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día vía oral durante 7 días) que posteriormente se cambió a (ciprofloxacino 250 mg/12 horas) tras resultado del antibiograma. Ante la presencia previa de un absceso y aislamiento de *Pseudomonas* en este, se decidió remitir a Inmunología para descartar problemas de inmunidad. Se objetivaron niveles disminuidos de Ig G (520 mg/dl) a expensas de Ig G1, junto con discreta linfopenia (1.400/mm³). Se detectó escasa respuesta de anticuerpos a vacunas, recomendándose revacunación de triple vírica y hepatitis B. Se descartó alteraciones de la fagocitosis. Tiene pendiente ampliar estudio de inmunidad con memoria T. **Conclusiones:** - Los abscesos son infrecuentes en la edad pediátrica sin patologías previas, siendo extremadamente raro, a nivel mamario. - La etiología más frecuente es *Staphylococcus aureus*, siendo solo un 8 % de los mismos producidos por *Pseudomonas aureginosa* en pacientes inmunodeprimidos. - El diagnóstico es fundamentalmente clínico. - Ante un paciente con abscesos de etiología atípica, es necesario realizar un estudio inmunológico, como en nuestro caso, fue diagnosticada de hipogammaglobulinemia.

GRUPO 5

O-025

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE EN PACIENTE CON HIRSCHSPRUNG

Corral Roso, P.; De Miguel Cáceres, C.; Ibarra Solís, S.; García Sánchez, P. - Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O025>

Niña de 3 años y medio con antecedente de enfermedad de Hirschsprung colónico total (con cierre de ileostomía a los 2 años), que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal intermitente desde hace 3 días y fiebre de máximo 39,1°C. Refieren algún vómito puntual y deposiciones diarreicas, con buen apetito y adecuada diuresis. Resto normal. En la exploración física, constantes en rango, con abdomen blando y depresible, no doloroso y ruidos hidroaéreos presentes. Resto anodino. Se realiza radiografía de abdomen donde se objetiva importante dilatación del marco cólico (colon derecho 5,5 cm) con niveles hidroaéreos en bipedestación y ausencia de aire en recto. En analítica sanguínea se observa elevación de reactantes de fase aguda con leucocitosis, neutrofilia, PCR 45,7 mg/L e hiperfibrinogenemia, además de alteración iónica con sodio 128 mmol/L y potasio 5,2 mmol/L. Se extrae hemocultivo y se decide ingreso por sospecha de enterocolitis; iniciándose antibioterapia i.v., con metronidazol (que se mantiene 7 días) y reposición con sueroterapia. Durante el ingreso evoluciona de manera favorable presentando mejoría del estado general, analítico y menor distensión abdominal. Es dada de alta a los 8 días con seguimiento en consultas de Cirugía Pediátrica y Gastroenterología. La enterocolitis asociada a la enfermedad de Hirschsprung es su complicación más grave. Debe tenerse en cuenta en pacientes que consulten por síntomas digestivos, especialmente si asocian letargia, distensión abdominal o hallazgos patológicos en la radiografía de abdomen. Es necesario realizar pruebas complementarias, incluyendo la radiografía de abdomen, aunque su resultado normal no excluye el diagnóstico. Se debe mantener a estos pacientes en observación e iniciar tratamiento médico precoz (reposo intestinal y antibioterapia) si existe alta sospecha clínica.

O-026

PROYECTO ACTA (ALIMENTACIÓN, CONTROVERSIAS, TENDENCIAS Y ACTITUDES EN PEDIATRÍA)

Martín Adrados, A.¹; Fernández Leal, A.¹; Martínez Pérez, J.¹; Delgado Ojeda, J.²; Santamaría Orleans, A.²; Velasco Rodríguez-Belvis, M.¹; Palomino Pérez, L.¹; Muñoz Codoceo, R.¹. - ¹Hospital del Niño Jesús, Madrid, España; ²Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O026>

La alimentación infantil en los dos primeros años de vida, continúa generando controversia en relación a estrategias y recomendaciones. Para analizar las tendencias actuales al respecto, surge el proyecto ACTA (Alimentación, Controversias, Tendencias y Actitudes en Pediatría), que recoge información sobre la actuación de los pediatras en lactancia materna, introducción alimentación complementaria, distribución de macronutrientes y empleo de dietas alternativas. Durante el año 2022, se realizó un estudio multicéntrico tipo encuesta transversal a pediatras en activo con preguntas cerradas, evaluando el grado de acuerdo o desacuerdo (1-5): 1-2 (desacuerdo), 3 (neutro), 4-5 (acuerdo). Análisis de datos estratificados por grupos de edad: jóvenes (29-55 años), mayores (56-70 años) comparando

medias. Se recogieron 245 cuestionarios de profesionales de 31 provincias de España, de centros sanitarios públicos y privados. La edad media fue 55 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción de no disponer de suficiente conocimientos sobre lactancia materna (jóvenes 2,11-mayores 1,78, $p = 0,01$) y preparación de biberones (2,8-2,02 respectivamente, $p = 0,00$). En cuanto a la introducción de alimentación complementaria, el grupo de menor edad concuerda más en emplear *Baby Led Weaning* (BLW) frente a la forma tradicional (2,72-2,19; $p = 0,00$). Por otro lado, los pediatras menores de 55 concuerdan más en evitar el consumo habitual de azúcar en la infancia (3,97-3,64; $p = 0,00$) y retrasar el de sal durante el primer año de vida (4,59-4,40; $p = 0,02$). La percepción de desinformación asociada a la alimentación infantil por parte de los pediatras aún existe, especialmente entre los jóvenes, siendo necesario fomentar la formación en lactancia materna a médicos residentes de Pediatría. Se conoce el efecto dañino de la introducción precoz de azúcar y sal, así como la validez de nuevos métodos de alimentación complementaria. Los pediatras de menor edad coinciden en fomentar estas prácticas, pero se debe insistir en la información y concienciación de familias y profesionales.

O-027

PROYECTO ACTA: INTERÉS Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DEL *BABY LEAD WEANING*, OPINIÓN DE FAMILIAS Y PROFESIONALES

Fernández Leal, A.¹; Martín Adrados, A.¹; Martínez Pérez, J.¹; Velasco Rodríguez-Belvis, M.¹; Palomino Pérez, L.¹; Muñoz Codoceo, R.A.¹; Delgado Ojeda, J.²; Santamaría Orleans, A.².

¹Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España;

²Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O027>

El *baby lead weaning* (BLW) o alimentación dirigida por el bebé, es una práctica alternativa de diversificación alimentaria basada en la introducción de alimentos sólidos en la dieta de los lactantes con mayor autonomía. En el proyecto ACTA (Alimentación, Controversias, Tendencias y Actitudes en Pediatría) se analiza el grado de recomendación por parte los profesionales, la creencia en cuanto a beneficios para los pacientes y el interés de los padres en esta práctica. Durante el año 2022 se realizó un estudio multicéntrico en formato encuesta transversal a pediatras en activo con preguntas cerradas, evaluando el grado de acuerdo o desacuerdo (de 1-5) siendo: 1-2 (desacuerdo), 3 (neutro), 4-5 (acuerdo). Análisis de datos estratificados por grupos de edad: jóvenes (29-55 años), mayores (56-70 años) comparando medias. Se recogieron 245 cuestionarios de profesionales de 31 provincias de España, de centros sanitarios públicos y privados, con edad media de 55 años. Los pediatras menores de 55 años reconocieron que los padres mostraban más interés por el BLW frente a los de mayor edad (jóvenes 3,89 - mayores 3,56, $p = 0,01$). Asimismo, los jóvenes estaban más de acuerdo en su recomendación (2,72-2,19 respectivamente; $p = 0,00$). Por otro lado, los pediatras mayores de 55 años reconocieron mayor preocupación de que la ingesta de nutrientes con esta técnica pueda no ser adecuada (3,83-3,34; $p = 0,00$). Los pediatras más jóvenes coincidieron en el beneficio para el desarrollo psicomotor de los pacientes (3,88-3,42; $p = 0,00$), la correcta instauración de alimentos sólidos por emplearse diferentes texturas (3,95-3,60; $p = 0,00$) y la prevención de la obesidad infantil (3,61-3,26; $p = 0,01$). El BLW actualmente se percibe como una práctica mayormente aceptada por los pediatras más jóvenes. Existe un consenso entre los profesionales jóvenes sobre los beneficios de esta técnica, por lo que debe fomentarse la

adecuada divulgación de su correcta implementación y riesgos entre los pediatras en formación.

O-028

ESCORBUTO. ¿UNA ENFERMEDAD CARENCIAL OLVIDADA?

Galiano Alonso, E.; Cebolla Sousa, C.; Sirvent Cerdá, S.I.;

Cano Fernández, J. - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús,

Hospital Universitario Niño Jesús, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O028>

Introducción: El escorbuto es causado por un déficit de vitamina C, no incluyéndose habitualmente en el diagnóstico diferencial de pacientes con alteraciones musculoesqueléticas. Exponemos los dos siguientes casos clínicos. **Anamnesis:** Niña de dos años y niño de tres años, ambos con trastorno del espectro autista, que presentan rechazo a la sedestación, bipedestación y deambulación con intenso dolor de dos y cuatro semanas de evolución, respectivamente. Alimentación exclusiva desde los doce meses con leche de vaca (además de pan y galletas en el segundo caso). **Exploración física:** Caso 1. Aspecto caquéctico. Pelo ralo, palidez, xerosis e hipertrofia gingival con sangrado. Tumefacción de rodilla izquierda. Caso 2. Buen estado de nutrición. Xerosis y micropetequias en región distal de extremidades. En ambos casos presentan irritabilidad, postura antiálgica (decúbito supino con extremidades en libro abierto), con intenso dolor a la palpación y movilización de predominio en región lumbosacra y miembros inferiores. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante su ingreso se instaura alimentación complementaria. Se realizan análisis de sangre con anemia ferropénica y déficit de vitamina D; resonancia magnética: en el primer caso múltiples lesiones metafisarias bilaterales y simétricas en extremidades sugestivas de escorbuto. En el segundo caso, alteración difusa asimétrica de la intensidad de la médula ósea en esqueleto axial y apendicular sugestivo de infiltración leucémica. Médula ósea sin hallazgos de infiltración tumoral. Se inicia tratamiento con vitamina C, D y hierro orales, con rápida y excelente respuesta. **Conclusiones:** La vitamina C es un micronutriente esencial presente en frutas y verduras, siendo de vital importancia una alimentación complementaria correcta en la edad pediátrica. Es necesario tener una alta sospecha clínica de escorbuto en pacientes con dieta selectiva y molestias musculoesqueléticas con el fin de instaurar un tratamiento precoz y evitar derivaciones erróneas a otros servicios y realización de procedimientos diagnósticos invasivos.

O-029

INFECCIÓN POR *SALMONELLA* COMO CAUSANTE DE PANCREATITIS EN EDAD PEDIÁTRICA, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA

Figueroa Jiménez, S.; Jiménez Montero, B.; Gijón Criado, I.;

Ruiz Rentería, E.; Fernández Marqués, M.; Pardo Crespo, R.M.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O029>

La toxiinfección por *Salmonella enteritidis* es la más frecuente en niños en países desarrollados. Suelen tratarse de procesos leves que en algunos casos pueden complicarse incluso extraintestinalmente, siendo la pancreatitis aguda, una poco descrita en Pediatría. Varón de 15 años, acude a Urgencias por dolor abdominal cólico generalizado hace tres días, deposiciones líquidas y vómitos. Presenta dolor a la palpación generalizada, sin defensa. Se administra antiemético, persistiendo intolerancia oral, por lo que ingresa. Inicia fluidoterapia

endovenosa y se realiza analítica con PCR de 5,2 mg/dL y ecografía abdominal compatible con colitis izquierda. Durante las siguientes horas, a pesar de administración de antiemético pautado y reposo intestinal, continúa con vómitos diarios. Así mismo, a pesar de analgesia, persiste dolor abdominal, comenzando a intensificarse en hipocondrio derecho. En control analítico, elevación de lipasa y amilasa por encima del límite superior de la normalidad, por lo que se realiza ecografía que es normal. Se deja dieta absoluta con suero-terapia y analgesia endovenosa. Se aísla en el coprocultivo *Salmonella* entérica. No recibe antibioterapia. Presenta mejoría del dolor y disminución de vómitos, hasta que a las 72 horas de ingreso se consigue tolerancia oral, y es dado de alta 72 horas después. Seguimiento por su pediatra de Atención Primaria, con evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Aunque la pancreatitis aguda como complicación de una gastroenteritis por *Salmonella* es poco frecuente, podría estar infradiagnosticada, dado que los síntomas se solapan con los de la gastroenteritis. Debe sospecharse ante la aparición de vómitos o dolor abdominal desproporcionado a la diarrea o localizado en hemiabdomen superior o epigástrico y/o irradiado a espalda. Se ha descrito elevación bioquímica de enzimas pancreáticas en gastroenteritis por *Salmonella* sin repercusión clínica, por lo que para su diagnóstico debe presentar además clínica compatible o alteración en la prueba de imagen. La evolución es favorable con manejo conservador.

O-030

PROYECTO ACTA: NUEVAS DIETAS ALTERNATIVAS

Fernández Leal, A.¹; Martín Adrados, A.¹; Martínez Pérez, J.¹; Velasco Rodríguez-Belvis, M.¹; Palomino Pérez, L.¹; Muñoz Codoceo, R.A.¹; Delgado Ojeda, J.²; Santamaría Orleans, A.².

¹Hospital del Niño Jesús, Madrid, España;

²Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O030>

La alimentación infantil en los dos primeros años de vida continúa generando controversia. Destacan en la actualidad el vegetarianismo y el empleo de alimentos ecológicos en los niños como temas de debate en Pediatría. En el proyecto ACTA (Alimentación, Controversias, Tendencias y Actitudes en Pediatría) se analiza el grado de recomendación por parte los profesionales, el interés mostrado por los padres según los profesionales y las creencias sobre beneficios de estas recomendaciones. Se realiza un estudio transversal multicéntrico mediante encuestas a pediatras en activo con respuestas cerradas (de 1-5) siendo: 1-2 (desacuerdo), 3 (neutro), 4-5 (acuerdo). Análisis de datos estratificados por grupos de edad: 29-55 años, 56-70 años, comparando medias mediante el estadístico U-Mann Whitney. Se recogieron 245 cuestionarios de profesionales de 31 provincias de España, trabajadores de sanidad pública y privada, con edad media de 55 años. Los pediatras de menor edad están más de acuerdo que aquellos de más edad en no retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos ($p = 0,01$), así como el gluten en niños con antecedentes familiares de celiaquía ($p = 0,02$). Por otro lado, los pediatras mayores de 55 años concuerdan más en la recomendación de leche desnatada en paciente obesos o con hipercolesterolemia (2,94-2,26; $p = 0,00$) y en el consumo de proteína de origen animal preferentemente (3,37-2,91; $p = 0,00$). Los de menor edad, sin embargo, consideran las dietas vegetarianas planificadas como saludables y nutricionalmente aceptables para niños (2,75-2,38; $p = 0,01$). Los pediatras de mayor edad mantienen la creencia de retrasar la introducción de alimentos alergénicos para evitar posibles alergias en contra de la evidencia actual. En la sociedad actual, los pediatras deben estar informados acerca de nuevos modelos dietéticos (vegeta-

rianismo) y poder así informar a los padres. Los pediatras de menor edad parecen aceptar más estas alternativas.

GRUPO 6

O-031

DOLOR DE ESPALDA EN PEDIATRÍA, ¿PATOLOGÍA BANAL O ALGO MÁS?

Khemlani Ramchand, S.Y.¹; Gutiérrez Valcudende, C.¹; Vega Gutiérrez, M.L.²; Pérez Gutiérrez, M.E.¹; Llorente Sanz, B.¹; López Allúe, L.¹; Morales Albertos, L.¹; De Felipe Pérez, M.¹; Morales Moreno, A.¹; Vega Bayón, M.¹.

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;

²Centro de Salud Pilarica, Valladolid, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O031>

Anamnesis: Mujer de 8 años, valorada en varias ocasiones en Atención Primaria (AP) y Urgencias por dolor dorsal tras caída sobre su altura. Al inicio dolor indefinido, no localizado (lumbar, paravertebral, subescapular, etc.), impresionaba muscular. Mala respuesta a AINEs, se solicitó radiografía columna vertebral diferida. Persistencia tras 1 mes, con absentismo escolar. En última consulta en AP, dificultad para levantarse de la camilla, movilización “en bloque”, necesidad de ayuda, se deriva a Urgencias hospitalarias con sospecha de malignidad. **Exploración clínica:** Buen estado general. Dolor a la palpación de apófisis espinosas en torno a últimas vértebras torácicas irradiado a ambas zonas lumbares. No parestesias, deambulación con dolor toracolumbar. No gibas. Limitadas dorsiflexión de columna y elevación de brazos contrarresistencia. Fuerza, sensibilidad y ROT conservados. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Radiografía columna vertebral: aplastamiento T10 con pérdida de altura del cuerpo vertebral, ingresa para completar estudio: RMN: fractura T10, valorar granuloma eosinofílico o Perthes vertebral. - Serie ósea: salvo lesión T10, normal. - Biopsia: histiocitosis de células de Langerhans (HCL). - Analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, perfiles hormonales, marcadores tumorales, serologías): normal. - Gammagrafía: Aplastamiento vertebral del cuerpo vertebral D10. Incremento focal de captación en D6-D7. Se diagnostica HCL unisistémica multi vs unifocal. Es llevada al comité de tumores y deciden tratamiento con indometacina y seguimiento estrecho. **Conclusiones:** La HCL es una neoplasia hematológica mielóide que afecta a diferentes sistemas. Por su variabilidad clínica se considera una “gran simuladora”. Causa más frecuente de aplastamiento vertebral en Pediatría. El diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica e inmunohistoquímica. El tratamiento depende de la localización y extensión. En HCL monosistémica unifocal el tratamiento puede ser conservador o indometacina. La discordancia entre la expresividad clínica y el mecanismo aparentemente causal, junto con la exploración física y la evolución tórpida, obligan a un seguimiento estrecho en AP y nos debe hacer sospechar otra posible etiología.

O-032

MASA TESTICULAR EN LA INFANCIA: LA IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA ACTUACIÓN

Formoso Leal, L.; Urricelqui Laparte, G. - Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O032>

Anamnesis: Varón de tres años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a nuestra consulta por un aumento indoloro del

volumen testicular derecho de tres semanas de evolución. **Exploración física:** A la exploración se palpa una tumoración de 3-4 cm dependiente del epidídimo derecho y que se continúa por el cordón espermático, de consistencia dura y con transluminación negativa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía testicular en la consulta de Atención Primaria, y ante la sospecha de etiología maligna, se deriva el caso urgentemente a cirugía pediátrica que amplía el estudio con marcadores tumorales, radiografía de tórax, TC abdomino-pélvico y gammagrafía ósea. La ecografía mostraba una masa sólida e hipervascularizada que se extendía desde el inicio del conducto inguinal derecho, en paralelo al cordón espermático, hasta el interior de la cavidad escrotal derecha. Los marcadores testiculares (a-fetoproteína y b-HCG) fueron negativos y la LDH estaba en el límite alto de la normalidad. La gammagrafía descartó metástasis óseas, pero la RNM abdominopélvica mostró diseminación en forma de carcinomatosis peritoneal. Se decide realizar orquiectomía radical con ligadura alta de pedículo y linfadenectomía retroperitoneal paracava e interaortocava, con extensión a ilíacas. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de rhabdomyosarcoma embrionario paratesticular. El caso se deriva a comité multidisciplinar de Oncología y se decide tratamiento con cuatro ciclos de quimioterapia IVADo (ifosfamida, vincristina, actinomicina D y adriamicina), tres ciclos más con IVA (ifosfamida, vincristina y actinomicina D) y radioterapia regional posterior. Tras ello, mantenimiento con vinorelbina. Actualmente han pasado diez meses desde el diagnóstico y nuestro paciente se encuentra libre de la enfermedad. **Conclusión:** La ecografía en la consulta del pediatra de Atención Primaria es una herramienta fundamental para un diagnóstico precoz, ya que en nuestro caso nos permitió confirmar una sospecha clínica y mejorar el pronóstico de nuestro paciente.

O-033

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ¿QUÉ HAY DETRÁS?

Aviñó Llácer, A.; Beltrán García, S.; García Henarejos, M.; Martínez Bayo, A.; Martí Enrique, V.; López Cruz, J.; Murcia Ramón, N.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F.; Pequeño Pérez, S. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O033>

Introducción: El feocromocitoma presenta baja incidencia en la población, pero es la neoplasia neuroendocrina más frecuente en la edad pediátrica. Puede presentarse de manera asintomática, en forma de hipertensión arterial mantenida aislada o como un hallazgo incidental. **Caso clínico:** Niño de 10 años, sin antecedentes de interés, ingresado por deshidratación moderada secundaria a gastroenteritis aguda. Durante su ingreso, presenta cifras de tensión arterial (TA) elevadas, con sistólicas entre 145-160 mmHg (>p95) y diastólicas entre 100-110 mmHg (>p95). Rehistoriando a la familia refieren nicturia y sudoración profusa en los últimos meses. Se realiza monitorización ambulatoria de la TA (MAPA) que confirma la hipertensión arterial (HTA), y se objetiva una masa suprarrenal derecha en la ecografía abdominal. Los niveles catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas están muy elevados. Con los hallazgos previos se sospecha un feocromocitoma derecho completando estudio con RM y gammagrafía ¹²³I-MBIG que confirman el diagnóstico. Se realiza bloqueo alfa-adrenérgico con fenoxibenzamina y adrenalectomía total derecha laparoscópica sin incidencias. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico, y el estudio genético determina el origen esporádico del tumor. Tras la intervención se normalizan las cifras de TA y los niveles de catecolaminas en orina. **Conclusiones:** La HTA es poco frecuente en la edad pediátrica, por lo que

la detección de cifras de TA elevadas nos debe hacer sospechar una causa primaria, entre estas las que se encuentra el feocromocitoma. El diagnóstico precoz permitirá evitar complicaciones secundarias a la HTA mantenida. Se debe realizar un bloqueo alfa-adrenérgico para evitar crisis adrenérgica durante la exéresis del tumor, que es el tratamiento definitivo. Dada la estrecha relación con diversos síndromes genéticos es de especial importancia el estudio molecular en busca de mutaciones reconocibles, ya que determinan el pronóstico de estos pacientes.

O-034

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA A HORMONA DE CRECIMIENTO

Martí Enrique, V.; López Cruz, J.; Beltrán García, S.; Aviñó Llácer, A.; García Henarejos, M.; Martínez Bayo, A.; Pequeño Pérez, S.; Murcia Ramón, N.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F.
 Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O034>

Caso clínico: Adolescente mujer de 13 años con cefalea opresiva y cervicalgia de una semana de evolución, asocia vómitos y visión borrosa en las últimas horas. Como antecedente, recibe tratamiento con hormona de crecimiento recombinante (rGH) desde hace 7 meses por talla baja secundaria a déficit de GH. En la exploración física destaca la presencia de rigidez nuchal en planos finales junto con dolor en la flexión, siendo el resto de exploración neurológica normal. En el fondo de ojo se observa un papiledema bilateral. Asocia obesidad (IMC 27,6, percentil 95). La tensión arterial es normal. Con la sospecha de hipertensión intracraneal (HTIC) es valorada por Oftalmología confirmando mediante tomografía de coherencia óptica el papiledema bilateral. Se realiza resonancia cerebral que descarta lesión ocupante de espacio y anomalías vasculares. La analítica sanguínea es normal. Ante sospecha de HTIC idiopática (pseudotumor cerebri), se realiza punción lumbar, obteniendo una presión de apertura del líquido cefalorraquídeo (LCR) elevada de 46 cmH₂O (normal <20 cmH₂O). Resto de estudio LCR normal. La punción es curativa, con desaparición de la cefalea, por lo que no se inicia tratamiento farmacológico. Se suspende temporalmente la rGH y se modifican hábitos de vida. Resolución completa del papiledema a los 3 meses. **Conclusiones:** El diagnóstico de HTIC idiopática requiere de una elevada sospecha; se debe enfocar desde la anamnesis y la exploración. La realización del fondo de ojo es una técnica sencilla y muy útil para orientar el diagnóstico. La neuroimagen permite descartar otras causas. Una presión de apertura del LCR elevada confirma el diagnóstico y resulta curativa en muchos casos. Aunque es poco frecuente, la relación entre HTIC idiopática y tratamiento con rGH está claramente descrita, por lo que debemos tenerlo en cuenta ante un paciente con cefalea persistente que esté recibiendo dicho tratamiento.

O-035

DISTROGLICANOPATÍA TIPO C2. A PROPÓSITO DE UN CASO

De Felipe Pérez, M.; Castro Rey, M.C.; Vega Bayón, M.
 Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O035>

Anamnesis: Padres consanguíneos (primos carnales). Sin antecedentes obstétricos de interés. Parto a término, nace mujer sin

esfuerzo respiratorio e hipotonía global severa que precisa ventilación no invasiva. Apgar de 3, 5 y 7 puntos; pH 7,17. Ante asfixia severa y signos de encefalopatía moderada, se inicia protocolo de hipotermia para prevención de daño neurológico. Ventilación espontánea tras recalentamiento, aunque persiste hipotonía global severa. **Exploración física:** Fenotipo peculiar con microcefalia, sinofridia, boca en V invertida, facies miopática con hipomimia, pabellón auditivo izquierdo hipoplásico y estrabismo convergente. Hipotonía global severa, artrogriposis en codos y rodillas extensión limitada y reflejos primitivos alterados. **Pruebas diagnósticas:** Laboratorio: - Analítica sanguínea: normal, salvo CK en rango distrófico (20.500 U/L), lactato y amonio normales. - Estudio metabólico normal. - Serologías víricas y TORCH normales. Pruebas de imagen: RMN cerebral con engrosamiento cortical frontal bilateral, pocos surcos superficiales y corteza subdividida en giros gruesos y toscos. Atrofia de protuberancia. Neurofisiología: ECG con trazado de base lentificado, tipo brote-supresión; compatible con una encefalopatía difusa moderada-severa. Genética: CHG arrays 180 kb normal. MLPA para SMNI normal. Cariotipo: 46 XX (normal). **Diagnósticos:** Sufriamiento fetal agudo. Encefalopatía neonatal. Paquigiria-poli-microgria bifrontal. Hipoplasia tronco-cerebelosa. **Tratamiento:** Hipotermia neonatal para la prevención de daño neurológico. Tratamiento rehabilitador y Atención Temprana. **Conclusiones:** Las distroglicanopatías son un grupo de distrofias musculares con hipoglicosilación de α -distroglicanos. En nuestro caso, la hiperCKemia en rango distrófico y los signos de compromiso neurológico sugirieron una distroglicanopatía, apoyándonos en la RM con una malformación del desarrollo cortical e hipoplasia tronco-cerebelosa. Con el estudio genético molecular, se diagnosticó de una distroglicanopatía tipo C2, causada por una mutación del gen POMT2 en el cromosoma 14q24.3, que codifica una proteína de membrana del retículo endoplásmico. Actualmente, el manejo está centrado en el tratamiento rehabilitador y en estimulación temprana para disminuir la severidad de los síntomas.

O-036

“TIEMPO SON NEURONAS”: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 1

Ríos Crooke, C.; Urbano Ruiz, C.; Montero Placeres, A.; Gómez Martín, H.; Justel Rodríguez, M.; Hernández Fabián, A.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O036>

Relevancia del papel del pediatra de Atención Primaria en el diagnóstico precoz de la atrofia muscular espinal tipo 1 (AME1). Revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AME1 en los últimos 18 meses en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos clínicos reflejados en las revisiones del niño sano, así como los datos de alarma que motivaron su derivación al especialista, haciendo hincapié en el momento de su detección y la sospecha diagnóstica inicial. Además, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre el proceso diagnóstico y las distintas opciones terapéuticas disponibles en AME. Se recogieron datos de 3 pacientes diagnosticados de AME1. Dos fueron derivados por hipotonía muscular global y uno por asimetría del reflejo de Moro. La edad en el momento de la derivación osciló entre los 30 días de vida y los 4 meses. Todos presentaron en la primera revisión del recién nacido una exploración física normal. El tiempo de espera hasta la valoración por especialista varió entre 2 semanas y 1 mes. Todos recibieron tratamiento consistente en terapia génica (Onasemnogene

abeparvovec) a los 57, 84 y 199 días de vida. Uno de ellos presentó, como complicación de dicho tratamiento, elevación persistente de transaminasas, que precisó prolongación con corticoterapia. En dos de ellos se objetivó mejoría de las escalas motoras funcionales (CHOP-intend) sin deterioro a nivel respiratorio ni deglutorio; en el tercer paciente no se pudieron recoger tales datos a la fecha de redacción de este resumen. La aparición de hipotonía y debilidad proximal en un lactante debe hacernos pensar en una posible AME. En ausencia de cribado neonatal, la sospecha clínica precoz desde Atención Primaria y la derivación preferente al especialista son fundamentales para conseguir un diagnóstico y tratamiento temprano en la AME1, que permita modificar el curso de la enfermedad.

GRUPO 7

O-037

LESIONES CUTÁNEAS Y TUMEFACCIONES ÓSEAS EN HERMANOS FALLECIDOS: CUANDO EL DIAGNÓSTICO ES POSIBLE A PESAR DE LOS AÑOS

Urbaneja Rodríguez, E.¹; Solís Moruno, M.²; Mensa Vilaró, A.³; Ortiz Landázuri, I.³; Bonet, N.²; Casals, F.²; Fabregat, V.³; Plaza, S.³; Yagüe Ribes, J.⁵; Aróstegui Gorospe, J.I.⁴.
¹Pediatra de Atención Primaria en SACYL y consulta de Inmunología/ Reumatología Pediátricas en Centro Médico La Marquesina y Hospital Recoletas Campo Grande, Valladolid, España; ²Departamento de Genómica, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España; ³Servicio de Inmunología, Hospital Clínic, Barcelona, España; ⁴Servicio de Inmunología, Hospital Clínic y Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O037>

Anamnesis: Mujer sana de 35 años que acudió buscando consejo genético prenatal. Refirió historia de dos hermanos varones fallecidos en la infancia temprana. El mayor, nacido en 1977, presentó irritabilidad con manipulación desde el nacimiento, pustulosis generalizada y múltiples tumoraciones óseas dolorosas. Falleció al año por varicela complicada. El menor, nacido en 1983, asoció los mismos síntomas. Falleció a los 3 años por trombosis cerebral en contexto infeccioso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras recopilar fotografías/informes de la época, constatación de anemia, leucocitosis, trombocitosis, elevación de PCR/VSG y ante recurrencia de la enfermedad entre hermanos, con debut precoz y desenlace fatal, se pensó en la posibilidad de una enfermedad genética con base autoinflamatoria. Ante la ausencia de muestras biológicas de los hermanos, se analizó el gen IL1RN en sus padres asintomáticos, encontrándose la variante heterocigota c.318+2T>G en padre. Ante la ausencia de variantes en madre, se planteó la posible existencia de una alteración estructural en gen IL1RN y se amplió estudio mediante *whole-genome-sequencing* (WGS), detectándose una delección heterocigota intragénica en dicho gen. Finalmente, se realizó un análisis transcriptómico que confirmó la patogenicidad de ambas mutaciones, diagnosticándose una *deficiencia del antagonista del receptor de IL-1* (DIRA) en los hermanos fallecidos. La hermana no presentó mutaciones y, tras realizar adecuado consejo genético, ha tenido un hijo varón sano. **Conclusiones:** La recurrencia de manifestaciones clínico-analíticas en varios miembros de una misma familia debe plantear la posibilidad de una enfermedad hereditaria. El DIRA es una enfermedad autoinflamatoria con patrón autosómico recesivo, debida a mutaciones en gen IL1RN, que debuta precozmente con afectación cutánea y ósea. Existen muy pocos casos descritos, convirtiéndose en un reto diagnóstico. En este trabajo, las técnicas genéticas actuales han permitido establecer el diagnóstico en estos

hermanos, siendo los primeros pacientes con dicha enfermedad en España y los casos de DIRA identificados más antiguos del mundo.

O-038

DOLOR DE RODILLA Y DEFORMIDAD ÓSEA, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Figueroa Jiménez, S.; Ramos Cela, M.; Gijón Criado, I.; Rollano Corroto, I.; Pardo Crespo, M.R.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O038>

Niña de 6 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con exploración normal y crecimiento en P75 en la revisión del niño sano 6 meses antes. Comienza con dolor en ambas rodillas intensificándose progresivamente, por lo que acude a su pediatra constatándose en la exploración un marcado genu valgo bilateral, a expensas principalmente de tibia derecha, sin limitación en abducción ni rotación externa de ambas caderas, pero impresionando en reposo de rotación externa de cadera derecha. El estudio radiológico muestra marcado aplanamiento de las epífisis femorales proximales, con un ensanchamiento de la metafisis proximal de ambos fémures, confirmando el genu valgo bilateral. Cadera sin hallazgos de significación patológica. Ante sospecha de displasia epifisaria múltiple tipo Ribbing se completa el estudio con radiología de carpo confirmando el diagnóstico. Se decide tratamiento conservador con fisioterapia, pero al incrementar el dolor y la impotencia funcional de extremidad derecha acude a Urgencias donde se objetivan hallazgos sugerentes de enfermedad de Perthes. Al no observarse signos de luxación ni subluxación, se mantiene actitud conservadora en ortopedia infantil. Alterna períodos asintomáticos y períodos de gran limitación funcional y dolor. Radiográficamente, se observa el deterioro progresivo severo. Finalmente, se realiza osteotomía de fémur derecho y liberación anteromedial. Posteriormente, precisó nuevas intervenciones quirúrgicas tanto de cadera derecha como osteotomía de fémur distal. **Conclusiones:** Es frecuente el retraso en el diagnóstico de la displasia epifisaria múltiple y debe ser sospechada, incluso con crecimiento normal, ante presencia de dolores articulares, alteraciones de la marcha, cojera o cambios en la posición de las extremidades. La presencia de dolor de rodilla o muslo de forma persistente debe llevarnos a sospechar una enfermedad de Perthes, ya que puede ser el primer signo de esta enfermedad. Un diagnóstico precoz puede prevenir el desarrollo de una enfermedad severa, con desarrollo de deformidades graves.

O-039

SALUD MENTAL EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA: LA QUE SE AVECINA

Sánchez Durán, M.Á.; Roncal Vázquez, P.M.; Mateos Torre, P.; Erroz Ferrer, M.; Alonso Marín, A.; Viguria Sánchez, N.; Rodríguez Esquíroz, A. - Hospital de Navarra, Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O039>

Objeto del trabajo: La pandemia por COVID-19, ha afectado notablemente a la salud mental de niños y adolescentes. Las medidas no farmacológicas para evitar su propagación, como son el distanciamiento-aislamiento social y el confinamiento, han afectado a la población infantojuvenil, especialmente vulnerable a estos cambios. El objetivo fue analizar el impacto psicopatológico de la pandemia en la población infantojuvenil de Navarra cuantificando la prescripción de psicofármacos a lo largo de los últimos 5 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, recogiendo todas las prescripciones médicas electrónicas de los principales psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y psicoestimulantes), en la población navarra infantojuvenil (0-18 años), desde enero 2018 hasta diciembre 2022. Los datos fueron recogidos a través del Servicio de Farmacia y analizados mediante Microsoft Office Excel. **Resultados:** En los últimos 5 años, se recogieron 23.233 prescripciones de psicofármacos en menores de 18 años. El mayor número de prescripciones se produjo en el grupo de psicoestimulantes (n: 13.525, 58,2 %), seguido de los ansiolíticos (n: 3568, 15,3 %), antidepresivos (n: 3301, 14,2 %), y antipsicóticos (n: 2829, 12,2 %). A lo largo de estos años, se ha producido un incremento promedio del 28,5 % en la prescripción de ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos. Los antidepresivos presentan el mayor incremento relativo (65 %), seguido de antipsicóticos (23 %) y ansiolíticos (6 %). Los fármacos para el tratamiento del TDAH pre y post-pandemia se mantuvieron estables (0 %). **Conclusiones:** - Tras la pandemia se observa un incremento del 28,5 % de fármacos ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos, en la población infantojuvenil de Navarra. - Los antidepresivos constituyen el grupo farmacológico que ha experimentado un mayor incremento desde 2018. - Los psicoestimulantes constituyen el grupo de psicofármacos más prescritos, y su utilización se ha mantenido estable en los últimos 5 años.

O-040

DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. UNA PATOLOGÍA CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Eriche Echegaray, B.¹; Elcano Sarasibar, L.²; Cuenca Ruiz, S.³; Andrés Sesma, C.²; García Pascual, N.¹; Chueca Guindulain, M.²; Berrade Zubiri, S.².

¹Centro de Salud de Iturrana, Pamplona, España; ²HUN Hospital Universitario de Navarra. Servicio Endocrinología Infantil, Pamplona, España; ³Centro de Salud de Casco Viejo, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O040>

La insuficiencia suprarrenal (IS) define la incapacidad de producción de glucocorticoides y/o mineralocorticoides. En período neonatal la causa más importante es la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) clásica pierde sal, pero hay otras formas de debut que conviene reconocer cuando atendemos a población infanto-juvenil. Presentamos 5 casos de IS, de diferente presentación clínica. **Caso 1:** Niña de 12 años controlada desde el nacimiento por malformación hipofisaria. Antecedentes: ingreso en Neonatología por prematuridad, eco transfontanelar (agenesia del septum pellucidum). Evolutivamente aparecen déficits hormonales: Gh con 4 años y TSH con 7. Recientemente, con 12 años, en controles hormonales: cortisol y ACTH bajos con insuficiente respuesta al test ITT. Anhipopituitarismo congénito hipoplasia adenohipófisis. **Caso 2:** Niño de 9 años que debuta con un cuadro infeccioso (amigdalitis estreptocócica) con marcada repercusión del estado general. En analítica se constata hiponatremia, hiperpotasemia e hipoglucemia. Al estudio de IS se confirma una ACTH elevada (5.618) y anticuerpo contra cápsula suprarrenal positivos. Enfermedad de Addison. **Caso 3:** Niño de 9 años, gemelo del anterior, presenta clínica semejante, menos afectado e hiperpigmentación cutánea y de mucosas. Se confirma enfermedad de Addison. **Caso 4:** RN 15 días de vida con rechazo ingesta, vómitos y pérdida de peso 12,5 %. Al ingreso hospitalario acidosis metabólica y alteraciones electrolíticas severas. Analítica hormonal: ACTH, andrógenos, 17OHprogesterona elevados y cortisol dismi-

nuido. HSRC clásica (déficit 21-OHasa), pierde sal. **Caso 5:** Niña de 4 años, sin otros antecedentes. En examen de salud observamos vello genital y clitoromegalia. Analítica 17OH progesterona >300. Edad ósea = 7 años. HSC virilizante. **Conclusiones:** Las causas de IS son muy variadas y pueden tener diferentes presentaciones clínicas en su debut. Es fundamental sospechar crisis adrenal ante hipotensión refractaria y acidosis con hipoglucemia e hiponatremia. El tratamiento es sustitutivo: hidrocortisona oral, 3 v/d. Se asociará fludrocortisona en IS primaria. Y se doblará o triplicará (incluso vía i.m.) según situaciones clínicas del niño.

O-041

MONOARTRITIS FALSA. UN DIAGNÓSTICO QUE ENGAÑA

Montero Placeres, A.; Arroyo Ruiz, R.; Martín Alonso, M.; Martín Galache, M.; Ríos Crooke, C.; Urbano Ruíz, C.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O041>

Anamnesis: Preescolar de 4 años que acude a Urgencias por exantema pruriginoso de aparición brusca en ambas rodillas, dos horas antes de su llegada. Esa misma mañana acudió a su pediatra por fiebre de 24 horas y vómitos, siendo diagnosticado de faringoamigdalitis estreptocócica, iniciando tratamiento con amoxicilina. A las dos horas de administrar la segunda dosis de amoxicilina, evidenciaron el exantema, asociado a prurito en rodillas, pies y levemente en boca. Sin otra sintomatología asociada. **Exploración física:** Osteomuscular: - Inspección: Placa eritematosa a nivel de cara anterior de rodilla izquierda de 6 x 5 cm, con pequeña erosión con costra < de 0,5 cm y flogosis pulsátil visible. Placa eritematosa en cara anterior de rodilla derecha de 2 x 3 cm. - Palpación de rodilla izquierda: Caliente, indurada y bien delimitada. ORL: Faringe hiperémica con exudado bilateral. Sin otras alteraciones visibles en el momento de la exploración. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se administra Polaramine oral y se extraen muestras para analítica sanguínea. Siendo todos los parámetros normales, excepto PCR de 11,61 mg/dL y PCT de 4,38 ng/mL. A los 30 minutos de la administración de Polaramine, refiere mejoría del prurito con mejoría visible de las lesiones. Se decide ingreso para ampliar estudios analíticos y tratamiento intravenoso con Polaramine y amoxicilina-clavulánico. A las pocas horas de ingreso, fue dado de alta con resolución completa del cuadro y tratamiento domiciliario con amoxicilina oral durante 8 días más. **Diagnósticos diferenciales** (Tabla I). **Conclusiones:** La “falsa artritis” provocada por urticaria es una entidad que causa afectación, generalmente periarticular con tumefacción subcutánea, pruriginosa e incluso dolorosa que puede llegar a ser interpretada erróneamente. De ahí, la importancia de conocer bien los signos y síntomas que diferencian los diferentes tipos de monoartritis.

Tabla I. Diagnósticos diferenciales	
Relacionadas con patología infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> - Vírca - Fiebre reumática - Artritis postestreptocócica - Artritis reactiva
Inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades autoinflamatorias - Artritis idiopática juvenil
Falsa artritis	<ul style="list-style-type: none"> - Urticaria - Celulitis infecciosa

O-042

ESTUDIO DE LA FENILCETONURIA TRAS CINCO AÑOS DE CRIBADO NEONATAL EN ASTURIAS MEDIANTE ESPECTROMETRÍA DE MASAS EN TÁNDEM

Elola Pastor, A.I.¹; Prieto García, M.B.²; Díaz Martín, J.J.².
¹CS Mieres SUR, Mieres, España;
²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O042>

Objetivo: Analizar los resultados del programa de cribado neonatal (PCN) de fenilcetonuria (PKU) entre 2015 y 2019 en Asturias, estudiando la influencia de la gestacional (EG), peso al nacimiento y tipo alimentación. **Material y métodos:** Recién nacidos (RN) incluidos en el PCN entre 1 de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2019. Se determinó fenilalanina (Phe) en sangre seca mediante espectrometría de masas en tándem. Los datos de EG, peso neonatal y tipo de alimentación se obtuvieron de la tarjeta individual de cribado. En función de la EG se consideraron prematuros extremos (EG <28 semanas), muy prematuros (≥28 y <32), moderados (≥32 y <34) y tardíos (≥34 y <37). En función del peso se agruparon en bajo peso para su EG (BPEG) y peso adecuado (PAEG). Análisis estadístico: pruebas t de Student, Kruskal-Wallis, post-hoc de Dunn. **Resultados:** Se analizaron 30.120 muestras, con 2 casos de PKU. El número de muestras anuales descendió de 6.559 en 2015 a 5.249 en 2019. El p99 de Phe fue 80,07 y el p99,9 103,44 mmol/L. 57,3 % de los RN recibían lactancia materna (LM), 21,1 % artificial (LA), 20,9 % mixta y 0,4 % parenteral (NP). 6,3 % fueron prematuros. 0,8 % presentaron un peso neonatal <1.500 g, un 12,6 % fueron BPEG. Se objetivaron diferencias en la Phe según la EG (p<0, 001). Los niveles fueron significativamente más altos en prematuros (p<0,001). Mientras que los prematuros extremos tenían un P75 de Phe de 83,91, en a término el valor era de 53,78 mmol/l. Aunque no hubo diferencias significativas en función de la adecuación del peso para la edad gestacional, los de peso menor a 1.500 g al nacimiento, presentaban valores significativamente más altos. (p<0,001). **Conclusiones:** El peso neonatal y la alimentación al nacimiento influyen en el valor de Phe del cribado neonatal.

GRUPO 8

O-043

LA LLEGADA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A PEDIATRÍA. ¿ES UNA REALIDAD?

Gómez Anca, S.; Martínez Paz, P.; Fresno Jorge, P.; Morales Palacios, A.C.; De Miguel Cáceres, C.
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O043>

Introducción: La inteligencia artificial (IA) es la habilidad de una máquina de presentar las mismas capacidades que los seres humanos. La IA conversacional (IAC) combina tecnologías con el aprendizaje automático con software como chatbots. Entre las aplicaciones de IAC más conocidas se encontrarían chat-GPT (versión gratuita 3.5), Youchat, ChatSonic o Perplexity. La IAC está teniendo cada vez más presencia en el ámbito pediátrico, sobre todo como consulta bibliográfica. **Objeto del trabajo:** Comparar las respuestas de las principales aplicaciones de IAC respecto del manejo de algunas de las infecciones bacterianas más frecuentes en Pediatría (neumonías típicas (NT), faringitis estreptocócica B-hemolítica grupo A (F-SGBA), otitis media aguda (OMA)) con las publicaciones de Pediatría Integral (PI) más actualizadas. **Materiales y métodos:** Comparación manual y mediante

análisis de tokens entre las respuestas de las principales aplicaciones de IAC y las publicaciones de PI. **Resultados:** Se han realizado un total de 12 comparaciones de tokens. Las comparaciones se han realizado comparando la respuesta en cada una de las plataformas IAC respecto de su respectiva publicación en PI independientemente para cada patología. Como resultado, se obtuvo que la plataforma IAC que presentaría menor diferencia con PI sería Perplexity, con dos de sus patologías analizadas con resultados de test de chi-cuadrado $p > 0,05$. Además, se analizó la media de número de palabras de todas las respuestas, obteniendo diferencias estadísticamente significativas mediante el test de chi-cuadrado ($p = 2,2 \times e^{-16}$), y observando las respuestas más cortas en Youchat y ChatSonic. Por otra parte, mediante comparación manual, se pudo observar que tanto Youchat como Perplexity aportan referencias bibliográficas en la información que proporcionan. **Conclusiones:** - Perplexity sería la plataforma con mayor similitud a las publicaciones de PI, además de proporcionar referencias bibliográficas. - Existen diferencias significativas en el número de palabras entre plataformas, siendo chat-GPT la que menor diferencia presenta con PI.

O-044

USO DE DISPOSITIVO BUZZY® COMO MEDIDA ANALGÉSICA NO FARMACOLÓGICA

Laso Alonso, A.E.¹; Cueto Pérez, M.²; Fernández Martínez, B.¹; Álvarez Álvarez, N.¹; Elola Pastor, A.I.³; Gómez González, B.¹; Fernández Morán, M.³; Suárez Alonso, A.³.

¹Hospital Álvarez Buylla, Mieres, España; ²Centro de Salud Moreda, Moreda, España; ³Centro de Salud Mieres Sur, Mieres, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O044>

Objetivo: Evaluar la eficacia de Buzzy® en la reducción de la percepción del dolor relacionado con vacunación y administración de inmunoterapia subcutánea (SCIT) en Pediatría de Atención Primaria. Nuestra hipótesis es que el uso del dispositivo minimizaría la percepción del dolor durante este tipo de procedimientos. **Materiales y métodos:** Estudio experimental prospectivo, realizado en los centros de salud de Moreda y Mieres Sur (Asturias). Se analizaron datos de pacientes entre 3 y 14 años, durante los meses de abril y mayo de 2023, que precisaron administración de 2 vacunas en la misma visita o SCIT, siendo el mismo paciente el grupo control y el grupo intervención, aleatorizando Buzzy® en primera o segunda administración. Para evaluar el dolor se utilizaron las escalas de Wong Baker (≤ 6 años) y EVA (> 7 años). Los criterios de exclusión fueron: estado emocional alterado en el procedimiento e incapacidad de cuantificar el dolor. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizaron test paramétricos (t de Student para muestras relacionadas) asumiendo una distribución normal de la muestra. La significación estadística se estableció como $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes, 58,1 % hombres, con media de edad de 8,97 años y una desviación típica (DE) de 4,05. El 37,7 % de los pacientes incluidos recibieron SCIT, y el 62,3 % vacunación (la más administrada fue varicela). No se objetivaron reacciones adversas. La media de dolor en el grupo intervención fue 4,42 (DE 2,48) y 5,39 (DE 2,45) en el grupo control, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,03$) en la percepción del dolor entre ambos grupos. **Conclusiones:** Los procedimientos relacionados con las agujas se consideran las fuentes más importantes de dolor y estrés en Pediatría, por ello, se deben brindar opciones adecuadas para su tratamiento. Buzzy® emplea frío y vibraciones, como método analgésico no farmacológico efectivo según los resultados de nuestro estudio.

O-045

ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y ATENCIÓN PRIMARIA

García García, C.J.; Cabrera López, I.; Agúndez Reigosa, B.; Jiménez García, R. - Hospital del Niño Jesús, Madrid, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O045>

La hospitalización a domicilio (HAD) es una modalidad de ingreso que ofrece cuidados de rango hospitalario en domicilio. **Objetivo:** Identificar pacientes que han recibido una atención compartida entre HAD y AP desde noviembre 2018 hasta mayo 2023, describir sus características sociodemográficas, clínicas y motivo del manejo conjunto. **Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de base de datos interna de un hospital terciario monográfico pediátrico que incluye todos los pacientes ingresados en una unidad HAD para patología aguda o crónica reagudizada desde noviembre 2018 hasta la actualidad. **Resultados:** De los 1.900 pacientes que han ingresado en HAD en el periodo de tiempo establecido, se han detectado 3 casos de asistencia conjunta con AP, lo que supone un 0,15 %. Varón de 8 años, ingresa desde Urgencias en HAD por brote de dermatitis atópica grave impetiginizada. Durante las visitas se constata situación de insalubridad en el domicilio. Se contacta con AP y se activa seguimiento por trabajo social. Mujer de 12 meses con síndrome genético portadora de traqueostomía y sonda nasogástrica. Tras 15 días de estancia hospitalaria se trasladó a HAD para capacitación en el manejo de dispositivos. Se contacta con AP para realizar cambio de cánula de traqueostomía con la familia. Varón de 10 años, afecto de miopatía congénita con necesidad de ventilación mecánica ocasional que ingresó desde consultas externas en HAD por empeoramiento de su estado respiratorio secundario a neumonía. Desde el inicio del ingreso se contacta con AP porque ya había manejado otras reagudizaciones previamente. **Conclusiones:** La asistencia compartida en nuestra serie ha sido poco frecuente. Los motivos para la continuidad asistencial en nuestro centro han sido: detección de riesgo social, transición asistencial en un paciente con dispositivos especiales y manejo conjunto de un paciente crónico reagudizado. La comunicación entre el ámbito hospitalario y de AP puede ofrecer seguridad a las familias.

O-046

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CONSULTAS EN URGENCIAS POR EXANTEMA MULTIFORME

Barquín Rego, C.; Figueroa Jiménez, S.; Gómez Arce, A. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O046>

Introducción: El término de exantema multiforme comprende una serie de cuadros caracterizados por la aparición de lesiones habonosas y dianiformes, asociadas o no a otros síntomas. Son cuadros benignos diferenciándose de otros por el buen estado general y la ausencia de afectación mucosa. **Objetivo:** Analizar las características de los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital de tercer nivel por exantema multiforme en los últimos 10 años. **Metodología y resultados:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de pacientes menores de 16 años con diagnóstico de eritema, urticaria o exantema multiforme en el periodo 2013-2023. Se estudian las características epidemiológicas, así como la posible etiología, el manejo y la evolución. Analizamos un total de 116 episodios. La mediana de edad fue de 2,75 años (62 % varones y 48 % mujeres). La mediana de tiempo de evolución al consultar fue de 24 horas y el 43 % había

consultado previamente en Atención Primaria. El 56,8 % presentaba antecedente de ingesta de medicamentos en el último mes, en casi todos los casos amoxicilina o amoxicilina-clavulánico. El 75 % de los pacientes estaban afebriles, el 22,4 % asociaba clínica respiratoria y solo el 5,17 % clínica digestiva. Todos los pacientes presentaban buen estado general y ausencia de afectación mucosa. El 28,45 % asociaba edema. Se realizaron pruebas complementarias al 16,37 % de los pacientes sin objetivarse hallazgos relevantes y fueron hospitalizados un 4,3 %. El 70 % recibieron tratamiento antihistamínico, el 0,8 % con corticoide oral y 17,2 % ambos tratamientos. Reconsultaron el 40,7 % por persistencia de las lesiones, aparición en nuevas localizaciones o inicio de fiebre. Todos evolucionaron favorablemente y no presentaron complicaciones. **Conclusiones:** Tanto el eritema como la urticaria multiformes son cuadros autolimitados con excelente pronóstico. Su correcta identificación es importante para un adecuado manejo, así como para evitar pruebas diagnósticas e ingresos innecesarios.

O-047

ERITEMA MULTIFORME EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE CASOS

Urbaneja Rodríguez, E.¹; Zerpa Vivas, Y.²; Salgado Valencia, S.²; González Díaz, R.²; Salcedo Mora, X.²; Álvarez Melero, R.²; Alonso Ferrero, J.¹; Castro Rey, M.¹; Escobar Fernández, L.¹; Centeno Malfaz, F.¹. - ¹Pediatra en SACYL y Hospital Campo Grande, Valladolid, España; ²Hospital Campo Grande, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O047>

Introducción/objetivos: El eritema multiforme es una reacción mucocutánea aguda de hipersensibilidad desencadenada por múltiples factores y de gravedad variable, que presenta un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos los casos diagnosticados en nuestro medio para mejorar su reconocimiento y manejo. **Material y métodos:** Revisión descriptiva retrospectiva de los casos de eritema multiforme diagnosticados en urgencias/consultas de Pediatría en el último año. **Resultados:** Se recogieron 12 casos de eritema multiforme, ocurriendo un 58 % (7) en mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 11 años (rango 3-14). La etiología más frecuentemente implicada fue la combinación de IRVA con el uso de AINES en un 50 % (6), seguida de otras infecciones en un 17 % (2), otros fármacos en un 17 % (2), alimentos en un 8 % (1) y causa idiopática en otro 8 % (1). Se encontró presentación cutánea típica con lesiones en diana en un 67 % (8), correspondiendo el resto con formas atípicas y se asoció afectación de mucosa oral en un 17 % (2). Otros síntomas descritos fueron: fiebre/febrícula (5), quemazón y/o picor asociados (5), artromialgias (4) y edema periarticular (2). Se solicitaron pruebas complementarias para orientar el diagnóstico en un 58 % (7), sin realizarse biopsia cutánea en ningún caso. Se inició corticoterapia oral en un 67 % (8) y retirada del fármaco implicado en los casos correspondientes. Todos los pacientes fueron seguidos

en consultas de Pediatría en las siguientes 48-72 horas, sin requerir ingreso y con evolución favorable, con una mediana de tiempo hasta resolución completa de lesiones de 8 días (rango 4-16). **Conclusiones:** Como se demuestra en nuestro estudio y en consonancia con otras series publicadas, el eritema multiforme aparece en Pediatría en edad escolar y se relaciona con procesos infecciosos y toma de AINES fundamentalmente, siendo la forma de presentación más frecuente las típicas lesiones en diana o escarapela. En la mayoría de casos la evolución es favorable con tratamiento corticoideo, sin presentar complicaciones.

O-048

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS: SITUACIÓN ACTUAL

Pellicer Viudes, C.; Castillo Gómez, B.; Latorre Gómez, S.; Pérez Lledó, E.; Martínez Pastor, N.; Gracia Rodríguez, R.; Valerio Alonso, M.; García Torralba, M.
Hospital General Universitario, Alicante, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.O048>

Objetivos: Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) se definen como el cuidado total y continuado del paciente y su familia tras el diagnóstico de una enfermedad que amenaza o limita la vida con el propósito mejorar la calidad de vida abordando las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. La atención paliativa se ofrece en tres niveles asistenciales en función del grado de complejidad. El objetivo es conocer la situación actual de los cuidados paliativos pediátricos desde Atención Primaria (AP) (Nivel I). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes derivados a la Unidad de CPP (UCPP) de un hospital terciario, desde AP o atención hospitalaria. **Resultados:** Se incluyeron a 65 pacientes que se encontraban en seguimiento por la UCPP. El 47,7 % procedían derivados desde planta de hospitalización, 20 % de otros hospitales, 16,9 % del hospital de día de Oncología, 10,8 % de consultas externas de Atención Especializada y 4,6 % de Atención Primaria. A continuación, se describen los motivos de derivación por el Pediatra de AP (PAP): 1. Niño de 2 años con encefalopatía epiléptica refractaria con afectación del desarrollo psicomotor e insuficiencia respiratoria crónica. 2. Niña de 12 años con encefalopatía por Fenilcetonuria con repercusión madurativa, neuromuscular y epileptógena. 3. Niño de 12 años con distrofia muscular merosina deficiente con insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición y epilepsia. Todos ellos fueron derivados con objeto de realizar cuidados paliativos avanzados y coordinar cuidados. **Conclusiones:** Los CPP se deben iniciar desde AP. Sin embargo, cuando se trata de pacientes de mayor complejidad, la coordinación con las UCPP es clave. En nuestro hospital, las derivaciones desde AP fueron minoritarias, por ello creemos que es fundamental conocer la posibilidad de uso de este recurso y favorecer el vínculo entre los PAP y la UCPP con objeto de poder ofrecer una atención integrada con responsabilidad conjunta entre ambos.

DEFENSA 1 – Jueves 19

PD-001

NO TODO ES ALERGIA ¿QUÉ ES LA ESCOMBROIDOSIS?

García Pinilla, L.; Parra Martínez, G.; Martínez Ramírez, C.;
Sánchez Gallego, P.; Segura Machado, A.M.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD001>

La escombroidosis es una intoxicación alimentaria infradiagnosticada producida tras la ingesta de queso suizo o pescado contaminado, siendo más frecuente en pescados de la familia *Scombridae* y *Scomberosidae*, como el atún, el bonito y la caballa. La proliferación bacteriana, provocada por una inadecuada refrigeración, transforma la histidina del músculo del pescado a histamina, siendo esta responsable de la sintomatología. Su diagnóstico es clínico, basándose en un inicio rápido de los síntomas después de consumir pescado; clínica de rubor intenso en cara y cuello, rash eritemato-urticario, diarrea y cefalea, síntomas similares en personas que comieron el mismo pescado y rápida mejoría después de administrar antihistamínicos. Presentamos el caso de una niña de 5 años que acude a Urgencias junto a su madre por erupción eritematosa difusa no pruriginosa de 45 minutos de evolución tras cenar una empanada de atún. Había comenzado como flushing facial extendiéndose de forma progresiva a miembros superiores y tronco. En la exploración física presenta lesiones maculosas eritematosas generalizadas no habonosas confluentes en ambos brazos, tronco y espalda que blanquean a la dígitoextensión con un marcado aumento de la temperatura y rubor facial intenso. No presentó angioedema ni otra sintomatología. Se realiza ECG sin alteraciones. Se observa rubor facial en la madre refiriendo sensación de calor que había comenzado tras la cena. Se administra dexclorfeniramina y se reevalúa a los 45 minutos observando desaparición casi generalizada del flushing facial, sensación de calor y las lesiones quedando algunas residuales en tronco. Esta entidad suele pasar desapercibida, ya que puede ser confundida con la alergia al pescado, además de que los síntomas suelen ser leves y de corta duración, lo que lleva a los pacientes a no consultar. Es muy importante la sospecha clínica y se recomienda pautar antihistamínicos durante 48 horas para prevenir la recurrencia de los síntomas.

PD-002

SÍNCOPE DE CAUSA DIFERENTE

Pallarés, M.; Poses, S.; Pascual-Vaca, D.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD002>

Los síncope son motivo de consulta frecuente, sobre todo entre adolescentes. Destaca, por frecuencia, el de origen vasovagal. La anamnesis y exploración pueden ser suficientes en muchos casos para llegar al diagnóstico. Niña de 10 años, sin antecedentes de interés, que consulta por pérdida súbita de conciencia ocurrida mientras se encontraba en bipedestación y su hermana la peinaba. Refiere pródromos de visión borrosa, sudoración y palidez, seguido de episodio de pérdida de conciencia y movimientos tónico-clónicos generalizados de aproximadamente un minuto de duración. Recuperación espontánea sin periodo proscrito. Es el primer cuadro

de estas características. Niegan antecedentes familiares de epilepsia, cardiopatías o muerte súbita. Exploración física y constantes normales. Se realizan electrocardiograma y glucemia capilar que fueron normales. Dadas las características del cuadro, se establece como diagnóstico síncope por cuidado del cabello. Se informa a paciente y familiar, y se explican signos de alarma. **Conclusiones:** El síncope por cuidado del cabello es un síncope situacional más frecuente en mujeres adolescentes. El mecanismo de producción parece estar relacionado con la estimulación de raíces cervicales que inervan el cuero cabelludo o del trigémino, desencadenada por la manipulación del cuero cabelludo. Esto provoca una hiperestimulación vagal con una disminución del tono simpático, y consecuente hipoperfusión cerebral, lo que desencadena la pérdida de conciencia. En ocasiones puede acompañarse de clínica convulsiva, con recuperación completa posterior y exploración neurológica normal. Para el diagnóstico son claves la anamnesis, con hincapié en las características situacionales en las que tiene lugar el síncope, así como la exploración física. Ambas permiten generalmente realizar el diagnóstico diferencial con los síncope de base cardiogénica o neurológica. En cuanto al tratamiento, es importante informar de la benignidad del proceso, educar en el reconocimiento del pródromo y maniobras de seguridad, si recurre el cuadro.

PD-003

PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL PARA ADOLESCENTES DE VILADECANS

Peña Novas, C.¹; Aguado Abadías, A.²; Guerrero Román, B.¹; Martínez Barba, C.¹; Muñoz Rodríguez, M.A.¹; Pous Martínez, S.¹; Rovira Samper, A.³; Polidura Navío, A.¹; Rueda Zafra, P.¹; Tresserra Figueras, A.⁴.

¹Equipo de Atención Primaria de Pediatría Territorial Viladecans (CAP Montbaig), Viladecans, España; ²Equipo de Atención Primaria Viladecans 3 (CAP Montbaig), Viladecans, España; ³Equipo de Atención Primaria Viladecans 1 (CAP Mas Font), Viladecans, España; ⁴Equipo de Atención Primaria Viladecans 2 (CAP María Bernades), Viladecans, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD003>

Objetivos: Proporcionar herramientas para mejorar el bienestar emocional de los adolescentes. - Enseñar técnicas de autorregulación mediante la respiración y la relajación. - Trabajar la autoconciencia emocional. - Reconocer habilidades sociales y comunicativas para poner en práctica la escucha activa, la empatía y la asertividad hacia uno mismo y hacia los demás. **Material y métodos:** - Se ofrece a los 10 institutos del municipio y 7 de ellos aceptan participar. - Dirigido a adolescentes de tercer curso de Educación Secundaria Obligatoria. - 3 sesiones de 50 minutos cada una, 1 por trimestre. - Imparten las sesiones: 1 referente de bienestar emocional comunitario (psicóloga) y 1 enfermera de programa Salud y Escuela (conductora y observadora, respectivamente). - Grupo clase: 25-30 alumnos. Un total de 28 clases. - Contenido de las sesiones: - Primera sesión: ¿cómo estoy? Técnicas de relajación. - Segunda sesión: ¿cómo me siento y qué pienso? La gestión emocional. - Tercera sesión: ¿cómo me relaciono? Habilidades comunicativas y sociales. **Evaluación:** - Inicial: test de Hamilton (ansiedad), escala de bienestar emocional WEMWBS y escala de Rosenberg (autoestima). - Al finalizar cada sesión: encuesta de satisfacción personal. - Evaluación final: al acabar el programa

se pasa un cuestionario de satisfacción y evaluación y se vuelven a facilitar los 3 cuestionarios iniciales. - Evaluación continuada: a los 3 meses se vuelven a facilitar los 3 cuestionarios para evaluar la evolución sostenida en el tiempo. **Resultados:** Los adolescentes obtienen herramientas para mejorar su bienestar emocional mediante las técnicas de autorregulación adquiridas en las sesiones del programa. **Conclusiones:** El acompañamiento en la gestión de emociones en esta etapa escolar, mejora el bienestar emocional de los adolescentes.

PD-004

PICADURA POR GARRAPATA, UN TEMA CON MUCHA "CHICHA"

Etxebarria Aurrekoetxea, M.¹; Fernández De Retana Corres, J.²; Costa Posada, U.²; García Oller, A.¹; Prigent Díaz, A.¹; Gainzarain Serna, A.¹; Martínez Iniesta, G.¹; Barreda Pérez, L.¹; Costa Serra, L.¹; Ivorra González, P.¹.

¹Hospital Universitario Álava, Vitoria-Gasteiz, España;

²Centro de Salud Llodio, Llodio, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD004>

Introducción: Las garrapatas son comunes en nuestra zona y las consultas tras su picadura son habituales. Otras veces, los pacientes acuden por clínica diversa y somos nosotros quienes debemos sospechar su picadura como posible causante. Conocemos que son transmisores de distintas enfermedades infecciosas (la fiebre exantemática mediterránea, Lyme...). Sin embargo, también pueden producir reacciones de hipersensibilidad/anafilaxia o, en ocasiones, desencadenar alergias alimentarias. Estos últimos son casos aislados y entre ellos se encuentra el síndrome alfa-gal, una alergia a carne de mamífero inducida por picadura de garrapata. Concretamente esta inocula en el organismo humano la alfa-1-3-galactosa, un carbohidrato procedente de los mamíferos, desencadenando una respuesta IgE mediada hacia ella. **Objetivo:** Presentar dos casos de sospecha de síndrome alfa-gal, una confirmada y la otra no. **Caso clínico:** Presentamos a dos hermanos varones de 8 y 10 años. El primero acude a consulta por urticaria crónica de 1,5 años de evolución. Refieren posible relación con el consumo de carne roja, iniciando la clínica a las 4-6 h desde la ingesta y remitiendo en menos de 24 h. Además, afirman antecedente de picadura de garrapata, por lo que es derivado a Alergología donde, tras completar estudio inmunológico, se confirma alergia IgE mediada al alfa-gal (IgE >60). Con el diagnóstico se retira la carne roja de la dieta, cediendo la clínica. El segundo consulta por episodio aislado de urticaria tras picadura de garrapata, pero sin clara asociación con la ingesta de carne. Es derivado a Alergología por el antecedente familiar de síndrome alfa-gal del hermano, pero en este caso no se confirma la sospecha. **Conclusión:** El síndrome alfa-gal se caracteriza por un inicio de clínica alérgica tras 3-8 h de la ingesta de la carne de mamífero. El antecedente de picadura de artrópodos debe ser una pregunta frecuente en cualquier paciente que presente clínica infecciosa y/o alérgica.

PD-005

URTICARIA A FRIGORE

Gómez Rodríguez, I.I.; Del Toro Saravia, C.; Robles García, M.; Nicolás Gómez, C.; Cuesta, I.; García Vizcaíno, L.

Hospital Rafael Méndez, Lorca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD005>

Caso clínico: Anamnesis: Paciente (mujer) de 6 años que acude a Urgencias por malestar general, aparición de habones y prurito tras bañarse en piscina. Seguidamente, tras una ducha de agua fría,

la paciente presenta: palidez, cianosis labial y pérdida de conocimiento de 3-4 minutos. Episodios anteriores similares le ocurrieron tras bañarse en la playa, contacto con agua de una fuente y haberse duchado con un nuevo jabón. Como antecedentes médicos a destacar: infecciones de trato urinario febriles, reflujo vesicoureteral izquierdo grado III y vulvovaginitis de repetición. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica estable. Constantes vitales normales, buen estado general. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Consciente y orientada, sin signos de focalidad neurológica. En piel no presentaba habones en el momento. **Procedimientos diagnósticos:** Entre el diagnóstico diferencial se plantea: urticaria de contacto, urticaria a frigore o anafilaxia. Se solicitó analítica completa, electrocardiograma y niveles seriados de triptasa sérica cuyos resultados fueron normales. La paciente ingresa para observación y se realiza el test de provocación con cubito de hielo, resultando ser positivo. El estudio etiológico asociado a urticaria inducida por frío fue normal y permitió descartar otros diagnósticos. **Procedimientos terapéuticos:** Una vez completado el diagnóstico, se dan pautas para evitar la exposición al frío y empleo de antihistamínicos en caso de síntomas. **Conclusiones:** La urticaria a frigore es un tipo de urticaria física que ocurre tras exposición al frío. Aparecen habones 2-5 minutos tras inicio del estímulo. El 30 % de niños y 50 % de adolescentes padecerán anafilaxia, principalmente tras exposiciones de todo el organismo (baños en piscinas o mar). Su diagnóstico se fundamenta en la historia clínica y estimulación mediante el test del cubito de hielo. Aunque mayoritariamente su etiología es idiopática, tiene importante asociación con otras patologías, con la necesidad de realizar pruebas complementarias para su exclusión.

PD-006

NO TODOS LOS SÍNCOPE SON VASOVAGALES. EXPLORA Y ENCONTRARÁS

Sánchez Gallego, P.¹; Yagüe Martín, M.¹; Gracia Alfonso, M.A.²; Segura Machado, A.M.¹; García Pinilla, L.¹; Parra Martínez, G.¹.

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España;

²Centro de Salud Levante Norte, Córdoba, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD006>

El síncope es un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Presentamos el caso de una paciente de 13 años que acude a consulta de Atención Primaria debido a episodios presincopecos recurrentes, descritos como mareo y visión borrosa, sin pérdida de conciencia. Ocurrían en reposo, coincidiendo con calor ambiental o bipedestación, nunca durante el ejercicio o en situación de estrés emocional. No asociaban dolor torácico, palpitaciones ni dificultad respiratoria. Presentaba como antecedente un bloqueo auriculoventricular (BAV) 2:1 diagnosticado a los 2 años, con pérdida de seguimiento. Durante la evaluación clínica inicial no hubo hallazgos patológicos, salvo bradicardia a la auscultación. Se realizó un electrocardiograma, que reveló la presencia de BAV de tercer grado o completo. Fue derivada a Urgencias de un hospital de tercer nivel, donde se decidió ingreso en planta para monitorización y ampliación de estudio. Se realizaron pruebas adicionales: - Ecocardiograma: sin dilatación ni disfunción ventricular. - Ergometría: insuficiencia cronotropa con aparición de extrasístoles ventriculares con el esfuerzo. - Analítica: sin hallazgos patológicos infecciosos ni inflamatorios. - Monitorización continua con electrocardiograma: sin pausas significativas ni bradicardia menor de 40 lpm. Dada la buena tolerancia clínica, estabilidad hemodinámica y el antecedente de BAV avanzado previo, así como la normalidad del resto del estudio etiológico, se diagnosticó de probable BAV congénito. No presentaba criterios para colocación

de marcapasos cardíaco, por lo que se decidió manejo expectante y seguimiento estrecho en consulta de Cardiología Pediátrica. En conclusión, la mayoría de síncope son benignos y de origen vasovagal, salvo un pequeño porcentaje, debido a afecciones médicas graves, habitualmente detectados mediante signos y síntomas de alarma y alteraciones en pruebas iniciales. El diagnóstico mediante anamnesis y exploración exhaustiva son fundamentales para detectar signos de alarma y derivar a Cardiología en caso necesario.

PD-007
NO TODO SÍNCOPE ES VASOVAGAL:
EL PODER DEL ELECTROCARDIOGRAMA

Sánchez Calderón, A. - Hospital Universitario del Henares, Coslada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD007>

Anamnesis: Paciente varón de 10 años que acude a Urgencias tras episodio sincopal de características vasovagales. Presentó episodio de mareo, asociando sudoración y palidez con posterior pérdida de conocimiento mientras estaba de pie en clase. Refiere episodios similares asociados a extracciones sanguíneas. **Exploración clínica:** TA 110/60 mmHg Fc 68 lpm satO₂ 99 % BEG, buena coloración de piel y mucosas, buena perfusión periférica. AC: soplo sistólico II/VI en borde esternal inferior izquierdo. Abdomen normal. Pulsos palpables, simétricos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Hemograma, bioquímica con ionograma: dentro de la normalidad. Electrocardiograma (ECG) en el que se evidencia intervalo PR 0,22 mseg (normal para su edad 0,12-0,18 mseg). Holter ECG en el que se evidencia un bloqueo AV completo, con presencia de más de tres ondas P no conducidas. Se completa estudio con ecocardiograma normal. Ante la presencia de bloqueo AV de 3º grado en paciente sintomático, se deriva a hospital de referencia para colocación de marcapasos VDD. Tras un año y medio de la implantación del marcapasos, el paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios sincopales. **Conclusiones:** El bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) es la ausencia total de conducción auriculoventricular (disociación auriculoventricular). Es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica (1 de cada 11.000 RNV). Puede ser congénito o adquirido (cirugías o miocarditis). Se debe valorar el intervalo PR en todo paciente con síncope en la sala de Urgencias. Las indicaciones de marcapasos permanente en pacientes con bloqueo AV de tercer grado son: pacientes sintomáticos, ritmo de escape con complejos anchos, ectopia y disfunción ventricular, QT largo, cardiomegalia y auriculomegalia derecha.

PD-008
SÍNDROME DE BRUGADA, UNA ENTIDAD A TENER
EN CUENTA ANTE UNA CONVULSIÓN FEBRIL

Sánchez Calderón, A. - Hospital Universitario del Henares, Coslada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD008>

Anamnesis: Niña de 5 años que acude por episodio de pérdida de conocimiento con movimientos tónicos clónicos asociados de 4-5 minutos de duración. Asocia fiebre de hasta 40°C de 24 h de evolución. **Exploración física:** Tª 38°C. Taquicardia 135 lpm. Aceptable estado general, buena coloración. AC: tonos cardíacos puros, rítmicos. AP: normal. Abdomen sin megalias. **Procedimientos diagnósticos:** ECG durante pico febril compatible con patrón tipo 1, con presencia de elevación del segmento ST ≥ 2 mm en V1-V3, seguida de onda T negativa. Hemograma y bioquímica: normales. ECG de control (sin fiebre) y ecocardiografía: normales. Estudio genético negativo. Estudio electrofisiológico en el que se evidencia un patrón

tipo I, sin inducirse taquicardia tras estimulación ventricular agresiva. No precisa implantación de DAI. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz del síndrome de Brugada es muy importante. El ECG es una prueba diagnóstica sencilla que se debería realizar en todos los pacientes que presenten sintomatología compatible, especialmente en caso de síncope y/o convulsión febril.

PD-009
TALLA BAJA EN NIÑAS,
¿CUÁNDO PENSAR EN SÍNDROME DE TURNER?

Molina Ureba, A.; Benítez Fernández, I.; García González, M.; Pallarés Alameda, M.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; Carrión Medina, A. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD009>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Niña de 10 años, originaria de Marruecos, reside en España desde hace 7 meses. Acude a consulta de Atención Primaria para primera valoración desde su llegada. Se realiza una antropometría general en la que se objetiva una talla baja con desarrollo prepupal. A la exploración física, impresiona de rasgos dismórficos con frente prominente, paladar ojival, cuello corto y ancho con Pterigium colli y tórax excavatum junto con un soplo sistólico en foco aórtico. Ante la sospecha de síndrome de Turner, se deriva a Endocrinología y Cardiología. En Endocrinología, se solicita estudio genético y analítica con perfil de hipocrecimiento, por posibilidad de iniciar tratamiento con hormona del crecimiento (GH). En Cardiología, se realiza un ecocardiograma donde se objetiva una coartación de aorta. El estudio genético resulta de cariotipo 45 X0, confirmándose la sospecha clínica inicial. Actualmente, se encuentra en seguimiento multidisciplinar, comenzando tratamiento con GH y pendiente de valoración por equipo de Cardiología para decidir plan de actuación. **Conclusiones:** El síndrome de Turner supone una posible causa de talla baja y retraso puberal en niñas. Ante la sospecha, es importante realizar una antropometría general y correcta exploración física, ya que su diagnóstico precoz puede suponer una mejoría del pronóstico de talla final y funcionamiento social, puesto que son pacientes candidatas a iniciar tratamiento con GH y hormonas sexuales. Esta entidad también se asocia a cardiopatías congénitas, como la coartación de aorta, válvula aórtica bicúspide, elongación del arco aórtico transversal y dilatación de aorta, requiriendo una valoración exhaustiva por parte de Cardiología. A destacar el papel del pediatra de Atención Primaria, como pieza fundamental en el diagnóstico de sospecha ante la presencia de rasgos dismórficos y signos de alarma de posible malformación asociada, siendo pieza angular en el seguimiento y tratamiento multidisciplinar.

PD-010
TORSIÓN OVÁRICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO
EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Melgosa Peña, M.; Oquillas Ceballos, Á.; Ruiz Araus, A.; Tejero Pastor, L.; Gonzalo San Esteban, A.; Barbadillo Mariscal, B. Hospital Universitario, Burgos, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD010>

Anamnesis: Niña de 2 años que consulta por tercera vez en Urgencias pediátricas por cuadro de 4 días de evolución de abdominal dolor tipo cólico de predominio en hipogastrio. Asocia hiporexia y el primer día presentó 5-6 vómitos, con buena tolerancia posterior. En alguno de los episodios asocia palidez cutánea y sudoración. Cuando se le pasa el dolor presenta buen estado general.

Lleva dos días y medio sin realizar deposición y quince horas sin orinar. Afebril. No sintomatología catarral asociada. **Exploración clínica:** Presenta buen estado general y destaca un abdomen blando pero doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal asociados; blumberg negativo. No se palpa globo vesical ni heces en marco cólico. Resto de la exploración física sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza gasometría venosa con datos de acidosis mixta y analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Sistemático urinario (micción media) sin alteraciones. Ante la sospecha de abdomen agudo se solicita ecografía abdominal que muestra aumento del tamaño de ovario derecho y cambios inflamatorios locorreregionales, hallazgos compatibles con posible torsión ovárica derecha. Se realiza escáner abdominopélvico que apoya el diagnóstico de probable torsión ovárica derecha y se decide cirugía urgente por laparoscopia, en la que se confirma torsión de trompa y ovario derechos. Se realiza detorsión mecánica con mejoría posterior de la perfusión del ovario. Postoperatorio sin incidencias y actualmente no presenta secuelas secundarias a dicho proceso. **Conclusiones:** La torsión ovárica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en niñas. Puede ocurrir a cualquier edad pediátrica y suele ser una torsión anexial, siendo mucho menos frecuente la torsión ovárica pura. Los síntomas son poco específicos, lo que dificulta el diagnóstico precoz y condiciona con frecuencia la viabilidad del ovario.

PD-011

ABSCESOS PERIANALES RECURRENTES EN EL LACTANTE: ¿QUÉ DEBEMOS HACER?

García Matamoros, L.; Ruiz Jiménez, I.; Molina Ureba, A.; Serrano Carreño, I.; Rodríguez Torres, M.; Haidour Salido, S.; González Rodríguez, R.M.; Carrión Medina, A.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; Pallares Alameda, M.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD011>

Anamnesis: Lactante de 4 meses, sin antecedentes perinatales de interés con lactancia materna exclusiva, que acude a consultas de Atención Primaria por 3 episodios de absceso perianal en los últimos 2 meses, con resolución clínica completa tras antibioterapia con amoxicilina-clavulánico. El primer episodio se manifestó a los 2 meses de vida, como una tumoración perianal eritematosa que drenó espontáneamente a través del ano. Afebril en todo momento. **Exploración:** A la exploración, se palpa una pequeña tumoración a 1 cm del margen anal, localizado a las 10, de menos de 0,5 cm. No supuración en el momento actual, eritema ni edema local. Resto de exploración sin hallazgos. Buena ganancia ponderoestatural. **Pruebas diagnóstico-terapéuticas:** Ante la recurrencia del cuadro, solicitamos ecografía de partes blandas e interconsulta con Cirugía Pediátrica, en la cual se observa una imagen ovalada, hipoeogénica y avascular de 4 x 8,5 x 6,5 mm con trayecto fistuloso a las 10 h que termina en orificio anal. **Conclusiones:** Los abscesos perianales son infecciones de los tejidos blandos del área perianal muy frecuentes en Pediatría, con una incidencia estimada de entre el 0,5 % y el 4,3 %. - Son más frecuentes en el sexo masculino y más del 50 % se desarrollan en menores de 2 años. - En pacientes de mayor edad, la etiología se desplaza a situaciones como la enfermedad inflamatoria intestinal, la leucemia o inmunosupresión. - La mayoría drenan y se resuelven espontáneamente, no siendo necesario el uso sistemático de antibioterapia. - Se considera iniciar antibioterapia en pacientes con celulitis, inmunodepresión o signos sistémicos de infección, la mayoría de los casos con amoxicilina-clavulánico durante 7-10 días.

- En los casos de abscesos recurrentes que se asocian con fistula anorrectal, mayores de 2 años, se puede llegar a considerar la fistulotomía concomitante con incisión y drenaje.

DEFENSA 2 – Jueves 19

PD-012

EFICACIA DE UN GEL PERIOCLAR ESPECÍFICO PARA EL ECZEMA DE PÁRPADOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Cabrerizo García, O.¹; Arroyo Allende, R.¹; Serra Baldrich, N.²; Torra Ardevol, L.²; Marín De Pablo, A.¹. - ¹Leti Pharma S.L.U., Tres Cantos, España; ²Leti Pharma S.L.U., Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD012>

Objetivo: Evaluar la eficacia y aceptabilidad cutánea, ocular y periocular de un gel formulado específicamente para el eczema de párpados en niños y adolescentes con tendencia atópica que presentan síntomas de irritación/eritema/prurito en el contorno de los ojos e historia previa de eczema periocular. **Material y métodos:** Se incluyeron 20 voluntarios (18 meses-17 años) de ambos sexos, que presentaban irritación/eritema/picor en el contorno de ojos e historia previa de eczema periocular (1-2 episodios en los últimos 3-4 meses). Todos los sujetos tenían predisposición atópica y, al menos, el 50 % tenían piel y ojos sensibles. El producto se aplicó en la zona periocular durante 14 días consecutivos, mínimo 2 veces al día. El día 15, un dermatólogo, un pediatra y un oftalmólogo valoraron la eficacia clínica mediante una escala de 0-10 y la tolerancia cutánea mediante examen visual. Se recogió cualquier efecto no deseado observado durante el estudio. Así mismo, la eficacia y las propiedades sensoriales del producto fueron evaluadas por los padres, mediante un cuestionario de 23 preguntas. **Resultados:** La aceptabilidad cutánea, ocular y periocular fue muy buena, sin efectos no deseados. La evaluación clínica evidenció una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) del enrojecimiento (-58 %) y de la descamación (-42 %) de la zona afectada. Con relación a la autoevaluación, el 100 % de los voluntarios mostró mejoría en todos los parámetros (enrojecimiento, descamación, suavidad, picor, tirantez, irritación, frescura). La mayoría de los voluntarios (≥ 95 %) se mostraron satisfechos con las propiedades sensoriales del producto. **Conclusiones:** El gel formulado específicamente para la zona periocular demuestra eficacia clínica al disminuir el enrojecimiento y la descamación provocados por el eczema periocular. También ha demostrado ser eficaz en la autoevaluación de los voluntarios y tener unas excelentes propiedades sensoriales. Con una muy buena tolerancia testada bajo control dermatológico, oftalmológico y pediátrico.

PD-013

ALOPECIA TRIANGULAR TEMPORAL CONGÉNITA

Martín Galache, M.¹; Escalona Gil, A.M.¹; Jiménez Domínguez, A.¹; De Pablo García, M.¹; Alcubilla García, I.¹; San Segundo Nieto, C.². - ¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ²Centro de Salud Garrido Sur, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD013>

Anamnesis: Paciente que con 2 semanas de vida acude a revisión en consulta de Atención Primaria. Se realiza historia clínica sobre mecanismo del parto, complicaciones durante el mismo y tipo de lactancia. **Exploración física:** Se realiza exploración física sistemática en la que únicamente destaca la presencia de placa de alopecia en región frontoparietotemporal derecha de aproximadamente 1 x 1 cm

de diámetro y morfología triangular. La superficie cutánea de la placa alopecica era normal con presencia de vello fino en su interior, sin apreciarse alteraciones cutáneas ni existir pelos peládicos. El test de pilotracción resultó negativo. La paciente no presentaba alternaciones a nivel de otros anejos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la revisión de los 6 meses se evidenció ligero crecimiento de la placa de alopecia hasta alcanzar un diámetro de aproximadamente 2,5 x 2,5 cm, resto de características sin cambios respecto a la exploración previa. Se realizó diagnóstico clínico de alopecia triangular temporal y en el momento actual se realiza seguimiento de la placa alopecica sin haber pautado ningún tratamiento para la misma. **Conclusiones:** La alopecia triangular temporal es un tipo de alopecia poco frecuente, no cicatricial, circunscrita y asintomática. Se caracteriza por la presencia de una placa de alopecia oval o triangular que puede estar poblada por vello fino en la región parietotemporal. En ocasiones, coexiste con alteraciones neurológicas u otros trastornos cutáneos como leuconiquia, facomatosis pigmentovascular y el nevo del cabello lanoso. El diagnóstico es clínico y se debe realizar diagnóstico diferencial con otros tipos de alopecia como la alopecia areata, la aplasia cutis, la tricotilomanía y la alopecia vertical. El tratamiento se realiza únicamente cuando se altera el equilibrio psicológico del paciente desde el punto de vista estético, se basa en la realización de trasplante de unidades foliculares, microinjertos de pelo o extirpación del área de cuero cabelludo afectado.

PD-014

EL GUSANILLO POR LA DERMATOLOGÍA TAMBIÉN PICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mesa Helguera, S.¹; Ramos Lacuey, B.¹; Pérez Ollo, S.¹; Rubio Artiga, I.¹; Porteros Porras, S.¹; Álvarez García, J.².

¹Hospital de Navarra, Pamplona, España;

²Centro de Salud Ansoáin, Navarra, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD014>

Anamnesis: Varón de 5 años quien consulta por presentar lesión en mano derecha de 2 semanas de evolución. No fiebre ni otra sintomatología asociada. No antecedentes de interés. **Exploración física:** Lesión serpigina de 2 cm de longitud en región medial del dorso de mano derecha, con signos de rascado. No signos de sobreinfección. Resto de la exploración anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se pregunta a la madre si han estado recientemente en su país, habiendo viajado a África hacía dos semanas. Refiere que el paciente suele jugar en la calle. Dada la sospecha de infestación por larva crónica *migrans*, es remitido a valoración por Dermatología, quienes confirman la posibilidad de dicho cuadro. Se comunica a la familia esta posibilidad, refiriendo que pensaban en esto, ya que es común en su país natal. Se mantiene actitud expectante, con resolución espontánea a las 3 semanas, con pigmentación residual. **Conclusiones:** Importancia de realizar una buena anamnesis para preguntar acerca de viajes o inmigración que nos haga pensar en patología importada poco frecuente en nuestro medio. 1. El diagnóstico de esta entidad se basa en la historia clínica, el cuadro clínico y la epidemiología. En casos muy dudosos se puede llegar a realizar analíticas para buscar eosinofilia o incluso biopsia cutánea, ya que el examen parasitológico de las heces suele ser negativo. 2. Ante patología excepcional en nuestro medio, es importante apoyarnos en la familia para conocer sus sospechas de patología que pueda ser común en su país. 3. Añadir que, como terapia primaria, pueden usarse también antihelmínticos como el tiabendazol y tratamiento sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, aunque nuestro paciente no precisó ninguno de ellos.

PD-015

PITIRIASIS AMIANTÁCEA

Pérez Ollo, S.¹; Porteros Porras, S.¹; Echeverría Fernández, M.²; Roncal Vázquez, P.M.¹; Alonso Marín, A.¹; Álvarez Zallo, N.².

¹Hospital de Navarra, Pamplona, España;

²Hospital de Navarra (C.S Chantrea), Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD015>

Anamnesis: Niña de 11 años que acude por lesión en cuero cabelludo no pruriginosa de 2 semanas de evolución. A la exploración se observa una placa eritematodescamativa grisácea de 3 x 3 mm en región occipital sin alopecia. Ante la sospecha de tiña capitis, se recoge cultivo de la lesión y se inicia tratamiento con terbinafina oral. A las 2 semanas acude a revisión, con mínima mejoría de la lesión, siendo el cultivo negativo para mohos y levaduras. Se realiza una interconsulta no presencial a Dermatología, siendo diagnosticada la paciente de falsa tiña amiantácea. Se inicia tratamiento con calcipotriol, betametasona y ciclopirox tópicos, presentando una desaparición completa de la lesión en 1 semana. **Conclusiones:** La pitiriasis amiantácea o falsa tiña amiantácea consiste en placas descamativas con escamas de color grisáceas, similares al asbesto (de ahí su nombre de amiantácea). La presentación es variable, desde formas leves con escamas finas, hasta placas gruesas que cubren toda la cabeza. Se ha sugerido que la pitiriasis amiantácea puede ser una manifestación de la psoriasis o la dermatitis seborreica. Deberíamos pensar en ella en casos de pacientes con lesiones que se asemejan a la tiña, que no responden a tratamiento antifúngico y en los que el cultivo de la lesión sea negativo. El tratamiento consiste en queratolíticos y corticoides tópicos, como pueden ser el calcipotriol y la betametasona.

PD-016

CAMBIOS CUTÁNEOS TRAS CONTACTO CON UN NARANJO. UN CASO DE FOTOFITODERMATOSIS

Íñigo Gil, J.; Salas Álvarez, A.; Rodríguez Torres, M.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD016>

Anamnesis: Escolar de 10 años sin antecedentes de interés que consulta por lesiones cutáneas en la mano derecha y frente, de 10 días de evolución, que han aparecido tras el contacto con un naranjo (*Citrus paradisi*) tras una excursión campestre. Refiere que inicialmente eran pruriginosas y de aspecto eritematoso y edematoso y que, posteriormente, han evolucionado a lesiones hiperpigmentadas que están palideciendo en el centro. A la exploración se observan lesiones hiperpigmentadas lineales en región frontal, con despigmentación y descamación central. Signo de Nikolsky negativo. No se observan signos de sobreinfección. No se observan lesiones en la mano derecha. Ante el diagnóstico de fotofitodermatosis se inicia tratamiento corticoideo tópico de potencia leve durante una semana y protección de luz solar, presentando una evolución favorable. **Conclusiones:** La fotofitodermatosis es una entidad frecuente e infradiagnosticada en la población pediátrica. Se trata de un cuadro de melanosis por fotosensibilización debido al contacto de piel húmeda con sustancias sensibilizantes presentes en la flora y que se activan por la acción de la radiación ultravioleta (psolarenos). Se trata de una reacción inflamatoria sin base inmunológica que genera reacciones locales de rubor y edema, pudiendo evolucionar a vesículas y ampollas, y que progresan finalmente a una hiperpigmentación residual que puede durar de 3 a 6 semanas. El diagnóstico de fotofitodermatosis es clínico, resultando fundamental la exploración física y la anamnesis

dirigida, debiendo ser sospechada cuando existe una historia clínica compatible con antecedente de exposición a plantas y aparición de lesiones en regiones fotoexpuestas de contacto. El tratamiento es dirigido a reducir la inflamación y prurito en la fase aguda, con una evolución favorable hasta la resolución en la mayoría de los casos.

PD-017

ALERTA CAPILAR: QUERION DE CELSO POR TRANSMISIÓN MICÓTICA EN PELUQUERÍAS

Martín Galache, M.; Escalona Gil, A.M.; Jiménez Domínguez, A.; De Pablo García, M.; Ferrín Ferrín, M.A.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD017>

Anamnesis: Varón de 12 años que acude a Urgencias por aparición de tumoración pruriginosa y dolorosa en cuero cabelludo asociada a placa de alopecia de 1 mes de evolución. Sin sintomatología sistémica asociada ni lesiones a otros niveles. No había contactado con animales. Había sido valorado por su pediatra de Atención Primaria que había pautado tratamiento con amoxicilina-clavulánico y mupirocina sin evidenciar mejoría del cuadro. Varios compañeros de clase que acudían a la misma peluquería presentaban lesiones similares. **Exploración física:** Exploración dermatológica: placa alopécica eritemato-costrosa con pústulas foliculares en su superficie, edematosa, fluctuante y dolorosa a la palpación en región occipital derecha. No lesiones satélites. Exploración ganglionar: se palpa adenopatía laterocervical derecha de 2 x 2 cm de diámetro, dolorosa, rodadera, no adherida a planos profundos. Resto de exploración física sin hallazgos reseñables. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó interconsulta a Dermatología ante la sospecha diagnóstica de querion de Celso. Posteriormente, se realizó recogida de escamas y se pautó tratamiento empírico con: - Terbinafina 250 mg cada 24 horas durante 6 semanas. - Ketoconazol champú con el lavado de la cabeza. En el cultivo de escamas se aisló el hongo *Tricophyllum rubrum*. Confirmación de diagnóstico de sospecha. Evolucionó de manera favorable, con desaparición de adenopatía laterocervical y resolución de placa de alopecia previa a la finalización del tratamiento. **Conclusiones:** La *Tinea capitis* es la principal causa de alopecia en edad pediátrica, su forma inflamatoria es denominada querion de Celso. El tratamiento precoz es esencial para prevenir las placas de alopecia residuales. La Asociación Española de Dermatología ha alertado sobre un aumento de casos de tiña capitis desde 2021 en varones adolescentes que se cortan el pelo mediante rasurado o degradado, asociado a un incumplimiento de las normas de desinfección del material empleado en algunas peluquerías.

PD-018

URTICARIA CRÓNICA EN EL ADOLESCENTE

Pérez Sanz, T.; Barrachina Jordá, L.; Asensi, M.T.; Morales Tedone, E.; Pérez Suárez, R.; Bernabéu Sendra, J.; González Álvarez, L. - Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD018>

Anamnesis: Adolescente de 14 años que presenta lesiones cutáneas pruriginosas, que aparecen y desaparecen en unas pocas horas. Inicialmente eran rosadas, siendo ahora más violáceas. No angioedema ni clínica sistémica. No alergia a alimentos ni fármacos. No infecciones recientes. **Exploración clínica:** Exantema habonoso de morfología anular confluyente en algunas zonas, que desaparece a la digitopresión con algunas zonas violáceas. Localización en pier-

nas, dorso de pies y de manos, brazos y espalda. No en palmas y plantas. No presenta edemas. Resto de exploración por sistemas normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al inicio se realiza diagnóstico clínico de urticaria multiforme, iniciándose tratamiento con antihistamínicos (hasta 4 veces la dosis habitual), persistiendo habones casi a diario. Se añade al tratamiento corticoide oral, sin mejoría. A los 3 meses ante ausencia de mejoría se inicia tratamiento con omalizumab, con excelente respuesta. Durante el seguimiento se realiza un estudio con anticuerpos ANA negativos, hormonas tiroideas normales y hemograma y bioquímica completa sin alteraciones. **Conclusiones:** La urticaria es una afectación de la piel cuya lesión principal es el habón. Los episodios que duran más de 6 semanas se clasifican como urticaria crónica (UC). Puede ser espontánea o inducible. Las UC espontáneas se han relacionado con enfermedades autoinmunes. El tratamiento se realiza con antihistamínicos H1 de segunda generación hasta cuadruplicar la dosis si no hay respuesta. Como siguiente escalón se utiliza el omalizumab. No suele requerir biopsia, salvo que genere duda diagnóstica con la urticaria vasculitis. En nuestro paciente se presentó como una urticaria multiforme. Es una presentación clínica más frecuente en época lactante y preescolar. Se presenta como placas eritematosas, siendo estas anulares y con pigmentación violácea central. Dicha presentación en el lactante se ha asociado con infecciones virales y tiene un carácter benigno.

PD-019

URTICARIA CRÓNICA, ¿EN QUÉ DEBEMOS PENSAR?

Mesa Lombardero, E.¹; Navarro Campo, S.²; Santos Gómez, L.¹; Salcedo Fresneda, O.¹; Alonso Alonso, A.¹; Muñoz Lumberas, M.¹; Alonso Álvarez, S.².
¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España;
²Centro de Salud Teatinos, Oviedo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD019>

Caso clínico: Paciente varón de 6 años de edad que consulta por habones generalizados autolimitados y prurito cutáneo nocturno de dos días de evolución, sin otros síntomas asociados. Como antecedentes de interés presenta dermatitis atópica, enterocolitis por proteínas de pescado y alergia a amoxicilina-clavulánico. En la exploración física destacan lesiones de rascado a nivel interdigital y zona lumbar sin lesiones cutáneas de otro tipo. Se sospecha sarna infantil y se indica tratamiento con permetrina tópica, aunque finalmente no se inicia por mejoría de los síntomas. A los dos meses reacude por persistencia de la clínica con varios episodios semanales consistentes en habones generalizados sin angioedema concomitante. No clínica de rinoconjuntivitis alérgica, no consumo de fármacos, no desencadenante específico, no clínica en convivientes ni contacto con animales. Ante cuadro de urticaria crónica se inicia tratamiento con cetirizina oral a dosis de 5 miligramos al día, se solicita estudio de heces y analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, proteína C reactiva, factor reumatoide, anticuerpos antimitocondriales, antimúsculo liso, estudio tiroideo, inmunoglobulinas totales, estudio de complemento (C3, C4 y C1 inhibidor) y estudio de enfermedad celiaca. Destaca inmunoglobulina E (IgE) 329,00 kU/L, IgE *Dermatofagoides pteronyssinus* 1,32 kU/L, IgE *Dermatofagoides farinae* 0,67 kU/L, HLA-DQ2 positivo, anticuerpos inmunoglobulina A (IgA) antiendomiso positivos a título 1/80 y anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA 395,2 U/ml. Se diagnóstica de enfermedad celiaca y se excluye el gluten de la dieta con mejoría cutánea evidente al mes del diagnóstico. **Comentarios:** La enfermedad celiaca suele debutar en la infancia con clínica digestiva,

aunque debemos pensar en ella ante cuadros cutáneos graves y con mala respuesta a los tratamientos habituales. La dermatitis herpetiforme se considera la manifestación cutánea más específica, pero se debe tener en cuenta la relación con otras menos frecuentes, como son la psoriasis, la dermatitis atópica o la urticaria.

PD-020 BROTE DE PSORIASIS GUTTATA TRAS FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

Pérez Ollo, S.¹; Mesa Helguera, S.¹; Echeverría Fernández, M.²;
Alonso Marín, A.¹; Sola Aparicio, A.¹; Álvarez Zallo, N.².

¹Hospital de Navarra, Pamplona, España;

²Hospital de Navarra (C.S Chantrea), Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD020>

Anamnesis: Adolescente de 14 años que acudía por fiebre de hasta 39°C y odinofagia, con lesiones en la piel. Como antecedentes personales destacaba psoriasis de más de un año de evolución. En la exploración física presentaba faringe hiperémica, con enantema y adenopatías latero-cervicales blandas y móviles, y lesiones papulosas en gota por toda la superficie corporal a excepción de palmas y plantas, asociando placas en antebrazo. Se realizó test de detección rápido de antígeno estreptocócico con resultado positivo. Se inicia tratamiento con amoxicilina y metilprednisolona tópica. Acude a revisión a los 7 días, presentando empeoramiento de las lesiones con prurito intenso, por lo que se decide cambiar a calcipotriol + betametasona y se realiza interconsulta no presencial a Dermatología. **Conclusiones:** La psoriasis en gotas o guttata, es frecuente en adolescentes o niños mayores, de carácter eruptivo tras un proceso infeccioso, sobre todo, estreptocócico faringo-amigdalario o con menor frecuencia una dermatitis estreptocócica perianal. Se manifiesta en forma de pápulas descamativas de 2 a 10 mm, de predominio en tronco y raíz de extremidades y respetando palmas y plantas. Estas lesiones eruptivas suelen resolverse en meses; sin embargo, pueden desarrollar con posterioridad lesiones en placas. El tratamiento consiste en tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica (si es que esta coexiste), corticosteroides tópicos y/o derivados tópicos de la vitamina D. En ocasiones puede ser necesario tratamiento sistémico que incluye retinoides, ciclosporina, metotrexato o fototerapia.

PD-021 MALFORMACIONES VASCULARES EN LA INFANCIA, ¿QUÉ PODEMOS APORTAR DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Valdepeñas Cea, V.¹; Bernabéu Lorenzo, L.¹; García Bermejo
García, C.²; Ballesteros Moya, E.². - ¹Hospital Infantil
Universitario Niño Jesús, Madrid, España; ²Centro de Salud San Fernando
de Henares 2, San Fernando de Henares, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD021>

Anamnesis: Una paciente femenina de 3 años es traída a la consulta del centro de salud por un bulto no doloroso en axila derecha que ha aumentado de tamaño en los últimos días, duplicando su tamaño. No presenta fiebre, odinofagia ni otra sintomatología. Antecedentes personales: embarazo no controlado. Rasgo falciforme. No antecedentes neonatales ni quirúrgicos de interés. Desde el mes de vida, en estudio por Dermatología por aparición de masa en región axilar con diagnóstico de malformación vascular vs hemangioma. Estudio ecográfico previo: lesión de aspecto lobulado multiquística,

sin vascularización en el Doppler, salvo en los tabiques. Hallazgos compatibles con malformación vascular de bajo flujo. **Exploración física:** Bien hidratada y nutrida. Sin rasgos dismórficos. Afebril. Se palpa una masa axilar del tamaño de una bola de golf, no adherida, de consistencia blanda y tonalidad azulada. **Pruebas diagnósticas:** se realiza ecografía de la lesión, de 3 x 3 cm, con características similares a las conocidas, con imagen multiquística e hipocogenicidad, sin captación de Doppler. **Tratamiento:** Se inicia ibuprofeno con disminución progresiva del tamaño. Se contacta con Dermatología que recomienda esclerosis de manera diferida. **Conclusiones:** Las malformaciones linfáticas aparecen en un 95 % de los casos en el cuello, la axila o la ingle. La ecografía es útil para realizar una aproximación diagnóstica inicial en el estudio de las masas vasculares, así como para el seguimiento si se desestima el tratamiento quirúrgico. La formación del pediatra de Atención Primaria en imagen ecográfica puede ayudar a evitar derivaciones innecesarias. En general, el pronóstico es bueno, aunque si aumenta rápido de tamaño puede comprometer las estructuras colindantes, causando dificultad respiratoria, disfagia u otros síntomas. En este caso, la localización axilar permitió una actitud expectante. El tratamiento estándar es la escisión quirúrgica amplia, aunque cada vez se recurre más a la escleroterapia, dado el alto porcentaje de recurrencias.

PD-022 SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI PRODUCIDO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Arous, A.; Gonzalo San Esteban, A.; Oquillas Ceballos, Á.;
Melgosa Peña, M.; Tejero Pastor, L.; Barbadillo Mariscal, B.;
Merino Arribas, J.M.; Ángulo Sánchez, V.; Clavijo, M.E.;
Obregón Asenjo, M. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD022>

Anamnesis: Paciente de 11 años con cuadro de celulitis en pierna izquierda tras herida, tratado inicialmente con cloxacilina oral, reconsulta a los dos días por aparición de lesiones pruriginosas eritemato-edematosas exudativas en cara y extremidades precedidas de ampollas. Refiere fiebre de 38°C. **Exploración física:** Herida en parte anterior de pierna izquierda bajo la rodilla, eritematosa, con lesiones satélites con base eritemato-edematosas. Lesiones papulosas y eritematosas en región facial que aparecen tras ampollas rotas. Resto de la exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante evolución desfavorable a pesar de tratamiento antibiótico oral, se realiza analítica sanguínea, sin alteraciones, y se inicia antibioticoterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico por sospecha de impétigo ampolloso diseminado. El cultivo de exudado cutáneo recogido es positivo para *Staphylococcus aureus*. Al tercer día de ingreso se observa aparición de nuevo exantema papular en guante y calcetín pruriginoso, que posteriormente se extiende afectando extremidades superiores e inferiores, diagnosticándose de síndrome de Gianotti-Crosti. **Conclusiones:** El síndrome de Gianotti-Crosti es una erupción cutánea monomorfa, eritemopapulosa que se asocia a infecciones víricas, principalmente a virus Hepatitis B (VHB) y Epstein-Barr (VEB), aunque existen descritos casos asociados a infecciones bacterianas, como el caso presentado, y tras la vacunación. Afecta principalmente en la infancia, sin diferencia entre sexos. El cuadro propiamente aparece como un brote vesiculopapular único autolimitado en extremidades, nalgas y cara que cura sin dejar cicatriz, pudiendo prolongarse 4 semanas. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático. Es importante seguir a estos pacientes por el riesgo de fallo hepático en pacientes con Gianotti-Crosti asociado a infección por VHB o VEB.

DEFENSA 3 – Jueves 19

PD-024

LACTANTE HIPOTÓNICO: NO TODO SON PATOLOGÍAS GRAVES

Alcubilla García, L.; Pérez Báguena, M.P.; González Calderón, O.; Barajas Sánchez, M.V.; Álvarez Smith, C.I.; Escalona Gil, A.M.; Ferrín Ferrín, M.A.; Martín Galache, M.; Jiménez Domínguez, A.; De Pablo García, M.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD024>

Anamnesis: Varón de 14 meses que acude a Urgencias por episodio súbito de hipotonía, palidez e hiporreactividad de unos minutos de duración con recuperación completa de su estado basal a los 10 minutos. No desconexión del medio, no revulsión ocular, no cianosis ni movimientos tónico-clónicos. Hace 10 horas de la vacunación de los 12 meses según calendario (meningococo ACWY, meningococo B, triple vírica). No reacciones vacunales previas. Niega cuadro catarral, afebril en todo momento. Antecedentes personales: embarazo controlado de curso normal, cesárea a las 41 semanas por no progresión, reanimación neonatal tipo III, ingreso posterior en Neonatología con sospecha de encefalopatía hiperico-isquémica leve, controles posteriores en consultas de Neonatología y Neurología sin alteraciones significativas. Buen desarrollo psicomotor hasta el momento actual. No antecedentes familiares de muerte súbita, cardiopatías, arritmias, hipoacusia ni otra sintomatología de interés. **Exploración:** A su llegada a Urgencias se encuentra activo y reactivo, contacta con el medio, TA 98/48, FC 139 lpm, SatO₂ 95 %, T^a 36,3. Auscultación cardiopulmonar normal, exploración neurológica normal para su edad. **Procedimientos diagnósticos:** Se realiza ECG con valores normales para su edad. Glucemia 94 mg/dL. **Conclusión:** El episodio de hipotonía e hiporrespuesta tras la vacunación meningocócica es un efecto adverso muy inusual tras la vacunación. Se trata de un efecto adverso de etiología desconocida que ocurre con mayor frecuencia tras la administración de vacuna celular de tosferina, sin embargo ha sido documentada tras la administración de las vacunas contra la difteria, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B. Además de la tríada clásica (hipotonía, hiporrespuesta y cambio de color de la piel), no existe ninguna prueba que lo confirme, por lo que es fundamental una correcta anamnesis, toma de constantes y exploración neurológica exhaustiva. Es importante conocer que dicho efecto no contraindica la vacunación ni conlleva alteraciones neurológicas posteriores, pero es importante su notificación.

PD-025

BUSCANDO AL CULPABLE DEL SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

Díaz García, A.¹; Escolano Díez, L.¹; Seoane Cea, Á.²; Pérez Nygaard, R.L.³; García Fariña, M.¹; Díaz González, B.S.²; Pareja Malcorra, O.¹; Castro Rodríguez, L.¹; Gómez Perera, R.¹.
¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España;
²Centro de Salud San Benito, San Cristóbal de La Laguna, España;
³Centro de Salud Los Realejos, Los Realejos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD025>

El síndrome de Alicia en el País de las Maravillas (SAPM) es un trastorno perceptual poco conocido y probablemente mal diagnosticado, caracterizado por distorsiones visuales, principalmente metamorfopsias, del transcurrir del tiempo o de la percepción de los colores. Ocurre principalmente en la infancia y en la mayoría de los casos

se relaciona con la infección por virus de Epstein-Barr (VEB), también con otros microorganismos, aunque precisa realizar un diagnóstico diferencial con la migraña, epilepsia, patología psiquiátrica y lesiones cerebrales. **Anamnesis:** Presentamos un varón de ocho años, sin antecedentes previos de interés, con un cuadro de cinco días de evolución consistente en alteraciones visuales (alteración de la percepción del tamaño, forma y color de las cosas, ilusiones visuales), sensación de bradipsiquia, afectividad lábil y acinetopsia discreta. Había sido diagnosticado de faringoamigdalitis estreptocócica una semana antes, por lo que se encontraba en tratamiento con amoxicilina. Al rehistoriar al paciente, describía síntomas congestivos concomitantes. **Exploración clínica:** Exploración neurológica completa normal excepto la alteración de la percepción descrita. En el momento del ingreso se palpaba reborde hepático. No presentaba ya exudados faringoamigdalares, aunque sí adenopatías cervicales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica destacaba linfomonocitosis e hipertransaminasemia (hepatitis aguda), serología con IgM VEB positiva, con resto de estudio microbiológico negativo, así como electroencefalograma y resonancia magnética cerebral normales. Se diagnosticó SAPM por VEB y hepatitis aguda, poniendo sobre la mesa el posible estado de portador de *S. Pyogenes* y diagnóstico alternativo de síndrome mononucleosido previo. Se suspendió el antibiótico presentando desaparición progresiva y completa de la sintomatología. **Conclusiones:** La infección por el VEB es la causa infecciosa más frecuente de SAPM. Precisa tener en cuenta esta entidad para diferenciarla de la patología psiquiátrica y realizar pruebas complementarias que descarten etiología orgánica.

PD-026

VIRUS DE EPSTEIN-BARR... ¿TAN INOFENSIVO COMO CREEMOS?

Franco Martín, I.¹; Florido Suárez, I.¹; Carrasco Tur, L.¹; Parra Villena, A.¹; Durán Nieto, V.M.¹; Rojas Valle, L.¹; Roco Rosa, M.¹; Torres Díaz, M.¹; Bermejo Rodríguez, I.M.¹; Fernández Martínez, T.². - ¹Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España;
²Centro de Salud Urbano I, Mérida, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD026>

Anamnesis: Paciente de 13 años que consulta por exantema maculopapular en el contexto de cuadro de faringoamigdalitis aguda, en tratamiento desde hace 7 días con amoxicilina sin mejoría clínica, persistiendo fiebre, odinofagia y astenia. **Exploración física:** Destaca exudado amigdalares bilateral con adenopatías laterocervicales bilaterales reactivas. No se palpan megalias. Exantema que afecta a tronco, escote y raíz de miembros, maculopapular, confluyente que blanquea a la digitopresión. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante clínica compatible con cuadro de mononucleosis infecciosa se realiza analítica sanguínea con serología positiva para virus de Epstein-Barr (VEB), elevación de reactantes de fase aguda, hipertransaminasemia y leucocitosis marcada con linfocitos reactivos en frotis periférico; motivo por el que se realiza control analítico que informa de anemización progresiva con Coombs directo positivo y otros datos de hemólisis (elevación de LDH, reticulocitosis) sin signos clínicos ni analíticos de colestasis. Se consulta el caso con hematología que diagnostica de anemia hemolítica en el contexto de cuadro de mononucleosis infecciosa e indican seguimiento por su parte e inicio de tratamiento con ácido fólico. En el último control realizado 1 mes después presenta cifras de hemoglobina en recuperación con LDH y reticulocitos en descenso. **Conclusiones:** - Es importante ante cuadro de faringoamigdalitis aguda, hacer un uso responsable de antibióticos, beneficiándonos de herramientas diag-

nósticas, tales como test de detección rápida de antígeno de estreptococo o test rápido de detección de anticuerpos heterófilos IgM de VEB. - En cuadros de evolución tórpida de mononucleosis infecciosa es importante tener en cuenta y descartar posibles complicaciones asociadas como anemia hemolítica o pericarditis. - Es fundamental el manejo multidisciplinar de los pacientes y la comunicación entre distintos niveles de atención (primaria y hospitalaria) para garantizar un adecuado seguimiento y optimización de los recursos sanitarios.

PD-027

DOCTORA, MI HIJO ESTÁ PÁLIDO

Sánchez Espallardo, A.¹; Ferrín López, B.M.¹; Milán Ortega, S.²; Guimerá Pérez, I.¹; Bastida García, E.¹; Plaza Sánchez, E.¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España;

²Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD027>

Anamnesis: Lactante de 6 meses que es llevado a su centro de salud por vómitos de 2 semanas de evolución, rechazo de las tomas, pérdida de peso (700 g en dos meses). Lo encuentran más decaído e irritable en la última semana. Afebril. Como único antecedente de interés destaca que viven en ambiente rural. **Exploración clínica:** Escala triángulo de evaluación: alteración apariencia. Coloración pálida. Abdomen: se palpa masa en flanco izquierdo que impresiona de esplenomegalia. Equimosas de 1,5 cm en muslo derecho, lesiones micropetequiales malares <2 mm. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica en centro de salud: Hb 5,5, [plaquetas 13.000, leucocitos 10.040 (N 940, L 8.290, M 800)]. - Frotis sanguíneo: anisopoiquilocitosis marcada, trombocitopenia confirmada y ausencia de blastos. - Citología MO: infestación masiva por leishmanias. Imagen: - Ecografía abdominal: esplenomegalia de 10,5 cm. Diagnóstico: leishmaniasis visceral. Tratamiento: anfotericina B liposomal en dosis de 40 mg/kg por inmunosupresión. **Evolución y conclusiones:** Ante la clínica y exploración descritas, se realiza analítica en la que se objetiva pancitopenia y ecografía abdominal que confirma la esplenomegalia. Se ingresa en el servicio de oncohematología y se decide extraer aspirado de médula ósea destacando en citología amastigotes de *Leishmania*. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal y pasa a cargo de Infectología pediátrica. Como complicaciones, a los 4 días del ingreso presentó empeoramiento clínico progresivo presentando gran distrés respiratorio con hipoxemia. Se traslada a unidad de cuidados intensivos pediátrica diagnosticándose de síndrome de distrés respiratorio agudo grave, sepsis por *S. pneumoniae* y *H. influenzae* y sospecha de síndrome hemofagocítico secundario. - Toda hepatoesplemegalia debe ser estudiada en ausencia de proceso activo que lo justifique. - Tríada característica: fiebre, pancitopenia y megalias. - El tratamiento de elección es la anfotericina B liposomal. - La linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria es una complicación a tener en cuenta. - Es una enfermedad de declaración obligatoria.

PD-028

MANEJO DEL ECTIMA GANGRENOSO POR ESTAFILOCOCO AUREUS

Montes Araujo, P.D.C.; Domínguez González, L.;

Silva Caparrós, N.; De La Fuente Sánchez, L.; López, M.J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD028>

Introducción: El ectima gangrenoso es característico de infección severa por *Pseudomonas aeruginosa* en inmunodeprimidos. Se han descrito otras etiologías en inmunocompetentes. Presentamos dos

casos por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*): **Caso clínico 1:** Varón, 22 meses con escabiosis persistente, consulta por fiebre y lesiones necróticas en cara y miembros inferiores. **Exploración:** Lesiones costrosas en comisura bucal y pabellón auricular. Similares en glúteo, raíz de muslo derecho y pies. Lesión exudativa amplia eritematosa y varias costrosas en ambos miembros inferiores. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Proteína C reactiva 56,4 mg/L. Ingresa para antibioterapia intravenosa con cefuroxima y clindamicina. Evolución favorable, curva febril remite al cuarto día. Estudio de extensión de bacteriemia por *S. aureus* sin hallazgos patológicos. Hemocultivo negativo, cultivo de lesiones crece *Staphylococcus aureus* meticilin resistente, cambiando a ciprofloxacino. Ante mejoría clínico-analítica, alta a domicilio tras 10 días de tratamiento intravenoso. **Caso clínico 2:** Varón, 7 años, consulta por lesiones cutáneas de 3 semanas de evolución. Afebril. **Exploración:** Lesión en cara posterior del tobillo izquierdo (inicial) y nalga, rodilla y hueso poplíteo (tardías) con costra necrótica y borde eritemato-violáceo, no exudativas. Analítica sin alteraciones. Ingresa para inicio de antibioterapia sistémica con cloxacilina. Evolución favorable tras 48 horas. Cultivo de herida crece *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible. Ante hemocultivo negativo y analítica anodina cambiamos a antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico y ácido fusídico tópico. Se recomienda lavados con clorhexidina e higiene de manos. **Discusión:** Ante lesiones compatibles con ectima gangrenoso estafilocócico en pacientes inmunocompetentes, debemos plantearnos la patogenia del mismo. Si signos de bacteriemia, analítica con elevación de reactantes o hemocultivo positivo, se indica ingreso con tratamiento antibiótico intravenoso, y estudio de extensión de *S. aureus*. Si no datos de infección bacteriémica, sino por autoinoculación por contacto (ni fiebre ni datos analíticos indicativos de infección bacteriana grave ni hemocultivo positivo), tratamiento oral y tópico antibiótico, según sensibilidad de cultivos.

PD-029

CONJUNTIVITIS NEONATAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Domínguez González, L.M.; López Lozano, M.J.; Montes Araujo, P.D.C.; Castro Valdeolmillos, S.; De La Fuente Sánchez, L.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD029>

Anamnesis: Paciente de 19 días, sin antecedentes de interés, que acude por aumento de secreción ocular bilateral de aspecto hemático/marrónáceo, de predominio en ojo izquierdo, de una semana de evolución, con empeoramiento progresivo a pesar de haber realizado tratamiento tópico con tobramicina durante 4 días. **Exploración clínica:** Hiperemia conjuntival con restos de secreción mucopurulenta bilateral, con tintes hemáticos/marrónáceos en ojo izquierdo, además de leve eritema de párpados superiores. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se consensua con Oftalmología la extracción de exudado conjuntival en el que se detecta cultivo negativo y tinción de Gram con >25 polimorfonucleares, sin otros hallazgos. Se realiza PCR de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y virus del herpes simple tipo 1 y 2, detectándose ADN de *Chlamydia trachomatis*. Se procede al ingreso para tratamiento y control evolutivo. Se inicia antibioterapia con azitromicina intravenosa durante 3 días, tobramicina/dexametasona tópicos durante 7 días y eritromicina tópica durante 7 días. Al alta, se pauta gentamicina/dexametasona tópicos durante 6 días. **Conclusiones:** La vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual antes del parto es crucial para intentar evitar infecciones perinatales prevenibles, al mismo tiempo que la detección temprana de las mismas en el recién nacido y su adecuado tratamiento.

PD-030
POLIARTRITIS EN LA POBLACIÓN INFANTIL:
UN RETO DIAGNÓSTICO

Romero Rondán, P.; Escabias Merinero, C.; Vargas Pérez, M.; Berciano Jiménez, N.; Benítez Fernández, I.; García González, M.; Rendón Montañés, P.; Alberdi Brea, I.
 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD030>

La afectación articular es un motivo de consulta común en Atención Primaria. El diagnóstico diferencial es amplio incluyendo etiologías infecciosa, inflamatoria, traumatológica y tumoral, siendo fundamental una anamnesis y la exploración física correctas para orientar la realización de pruebas complementarias adecuadas. Pre-escolar de 3 años que presenta fiebre de 48 horas de evolución, dolor y tumefacción cervical que borraba ángulo mandibular. Se realiza analítica reglada con frotis de sangre periférica, amilasa y proteína C reactiva (normal) y serologías (citomegalovirus, Epstein-Barr, virus herpes simple 1 y 2, parvovirus, paramixovirus, brucella y rickettsia). La fiebre desaparece en las siguientes 24 horas. Al quinto día comienza con exantema maculopapuloso, eritematoso, reticulado en tronco y miembros, y aumento de la tumefacción cervical asociando dolor e inflamación en manos, pies, rodilla y tobillo derechos. En analítica de control se objetiva aumento de PCR (110 mg/L), por lo que se decide ingreso en planta. Se realiza ecografía cervical (adenopatías de aspecto reactivo) iniciándose antibioterapia intravenosa. Se amplía estudio con autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, anticuerpos frente al citoplasma de los neutrófilos: negativo) y VSG (81) y, ante la posibilidad de enfermedad de Kawasaki, ecocardiografía (normal). La evolución clínica posterior fue favorable desapareciendo la clínica de poliartritis, tumefacción cervical y objetivando descenso de reactantes de fase aguda en controles. La serología extraída mostró positividad de IgM e IgG para el virus de la parotiditis que no fue confirmada con la PCR estudiada en orina. Las artritis víricas suelen presentarse en forma de poliartritis. Su diagnóstico etiológico es difícil. Los falsos positivos de IgM e IgG, coincidiendo con el proceso inflamatorio, son frecuentes y no deben paralizar el estudio. En ocasiones la evolución clínica se hace indispensable, ya que el diagnóstico de algunas patologías es de exclusión.

PD-031
MENINGITIS POR REACTIVACIÓN DE VIRUS
VARICELA ZÓSTER

Gonzalo San Esteban, A.; Obregón Asenjo, M.; Tejero Pastor, L.; Oquillas Ceballos, A.; Ruiz Araus, A.; Melgosa Peña, M.; Barbadillo Mariscal, B.; Pérez Arnáiz, L.
 Hospital Universitario, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD031>

Anamnesis: Paciente de 12 años con cuadro de cuatro días de evolución de fiebre (máxima 38°C), cefalea frontal intensa con inadecuada respuesta analgésica y vómitos intermitentes. Como antecedentes de interés presentó varicela durante el primer año de vida completando el calendario vacunal para la edad. **Exploración física:** Destacan signos meníngeos positivos con un adecuado nivel de conciencia y resto de exploración dentro de lo normal. Fondo de ojos sin alteraciones. Se objetivan además lesiones maculares residuales tras un exantema en región facial y tronco superior. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante signos clínicos sugestivos de meningitis sin focalidad neurológica, se realiza punción lumbar y se

inicia tratamiento antimicrobiano con cefotaxima, vancomicina, así como aciclovir. Se mide la presión de apertura presentando un valor superior a 36 cmH₂O. En la citometría del líquido cefalorraquídeo se observan: 1.178 leucocitos, predominio mononuclear 97 %, glucosa 34 mg/dL (sanguínea de 70 mg/dL), proteínas 146 mg/dl. La PCR de líquido cefalorraquídeo resulta positiva para virus varicela zóster (VVZ) confirmándose tras una segunda punción lumbar a las 48 horas. Se asume el cuadro infeccioso del sistema nervioso central como reactivación del VVZ, dado el antecedente de padecer varicela en la infancia precoz, así como una clínica y analítica compatibles, habiendo sido descartados otros agentes etiológicos por técnicas de microbiología. Se suspende el tratamiento antibiótico a las 48 horas y se mantiene el tratamiento con aciclovir hasta completar una semana. **Conclusiones:** A pesar de padecer varicela durante el primer año de vida, se debe vacunar a estos pacientes, ya que refuerza la protección de aquellos niños que desarrollen una inmunidad incompleta por la interferencia de los anticuerpos maternos recibidos. Especialmente aquellos pacientes menores de 6 meses y en menores de un año con enfermedad leve.

PD-032
COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA SINUSITIS AGUDA
BACTERIANA: TUMOR INFLAMATORIO DE POTT

Parra Martínez, G.; De León, N.D.V.; García Pinilla, L.; Sánchez Gallego, P.; Díaz Morales, O.
 Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD032>

Anamnesis: Paciente de 8 años, correctamente vacunado y sin antecedentes de interés, que consulta por síndrome febril de 8 días de evolución, en contexto de infección respiratoria de vías altas, asociando decaimiento y edema periocular izquierdo en las últimas 24 horas. **Exploración física:** Destaca tumefacción frontal izquierda con eritema y edema del párpado superior e inferior izquierdos, con imposibilidad para la apertura de ojo izquierdo, no hiperemia conjuntival ni secreción ocular. Pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares conservados, no dolorosos. No fotofobia. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea donde destaca aumento de reactantes de fase aguda (PCR 398,67 mg/L), leucocitosis con neutrofilia (leucocitos 17.660/mm³, neutrófilos 15.011/mm³) y trombocitosis (plaquetas 354.000/mm³). Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso sin mejoría. Se realiza TAC de órbitas con hallazgos compatibles con pansinusitis asociada a osteomielitis del hueso frontal con presencia de abscesos orbitario y subperióstico frontal izquierdos. Se realiza drenaje de absceso orbitario urgente y se escala tratamiento a cefotaxima y clindamicina. Finalmente, recibe tratamiento con cefotaxima y penicilina a dosis altas ante aislamiento en material purulento de *S. lugdunensis* sensible a penicilina con progresiva mejoría clínica y analítica. Se realiza estudio inmunológico (incluyendo subpoblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas y complemento) con resultado normal. Al alta hospitalaria completó 6 semanas de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico a dosis de osteomielitis y absceso orbitario con evolución favorable. **Conclusiones:** El tumor inflamatorio de Pott es una complicación infrecuente de la sinusitis bacteriana frontal que se caracteriza por tumefacción y edema frontal por absceso subperióstico secundario a osteomielitis del hueso frontal. El diagnóstico precoz de esta entidad y el tratamiento antibiótico y quirúrgico precoz son esenciales para evitar el riesgo de progresión hacia complicaciones neurológicas graves.

PD-108

INGRESOS POR BRONQUIOLITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA DE NOVIEMBRE A MARZO DEL PERÍODO 2022-2023

Arranz Caballero, A.; Rubertiello, C.L.; Caballero, J.; Urbano Ruiz, C.; González Calderón, O.; Alonso Díez, C.
CAUSA, Salamanca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD108>

La bronquiolitis es la infección aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en menores de un año, suponiendo el 18 % de las hospitalizaciones pediátricas. Está mayormente causada por virus, especialmente el virus respiratorio sincitial (VRS) causante del 70-80 % y de 66.000-199.000 muertes pediátricas anuales, con incidencia máxima entre los meses de noviembre-febrero y especial afectación de lactantes entre los 2-3 meses de edad. Su diagnóstico es clínico, siendo determinantes para el pronóstico: la edad, patologías de base y condiciones epidemiológicas. Se presenta un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de definir la incidencia de ingresos por bronquiolitis en el periodo de noviembre a marzo de 2022-2023 en el Hospital Universitario de Salamanca, describir su comportamiento en dichos pacientes y características epidemiológicas y demográficas determinantes; comparando con estudios de años anteriores en dicho hospital y lo descrito en la literatura. En el periodo 2022-2023 hubo un total de 159 ingresados por bronquiolitis, con predominio del sexo masculino (63,5 %), observado también en años anteriores, con el VRS como principal agente microbiológico. La edad media de ingresos fue de 5,05 meses (DE 4,38), similar a los últimos años, con 5,36 días (DE 2,98) de ingreso de media. El pico mayor de ingresos fue en el mes de noviembre (38,4 %), mientras que en años anteriores era mayor en diciembre. Precizaron oxigenoterapia de alto flujo el 74,8 % e ingreso en UCIP el 15,1 %. Se concluye que en nuestro centro existe un aumento progresivo del ingreso por bronquiolitis, manteniéndose el VRS como principal agente causal. Se debe prestar especial atención a los cuidados de los lactantes de entre 1-6 meses por ser el rango de edad con mayor número de ingresos. Aunque el tratamiento de la bronquiolitis es de soporte, sigue suponiendo un reto, ya que aún hay pacientes ingresados que reciben corticoterapia.

DEFENSA 4 – Jueves 19

PD-033

DOCTORA, MI HIJO ESTÁ CANSADO... ASTENIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEPATITIS AUTOINMUNE

Méndez Sierra, A.; Palacios Sánchez, M.; Llorente Pelayo, S.; Hernández Macho, B.E.; Martín Rodero, J.; Docío Pérez, P.; Reyes Sancho, S.; Díaz Fernández, P.; García Calatayud, S.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD033>

Presentamos un varón de 13 años que acude al centro de salud por astenia de 2-3 meses de evolución. Afebril, sin otra sintomatología salvo hiporexia. A la exploración, palidez cutánea y hepatoesplenomegalia. En bioquímica, hipertrasaminasemia muy elevada (ALT 637 U/l, AST 672 U/l, GGT 342 U/l), con hiperbilirrubinemia (1,6 mg/dl) a expensas de bilirrubina directa (1,5 mg/dl) e hiperproteinemia (8,4 g/dl). En hemograma, leucopenia con neutrofilia y plaquetopenia (115.000/ μ L); serología IgG Epstein-Barr positiva. Ante sospecha de síndrome mononucleósido se indica tratamiento sintomático y seguimiento clínico-analítico en una semana, persistiendo alteraciones y asociando coagulopatía (TTPA 40,7 segundos,

INR 1,23). Nuevo control semanal con perfil autoinmune, presentando positividad de anticuerpos anti-nucleares (ANA >1/1.280), anti-músculo liso (AML >1/160), anti-mieloperoxidasa (MPO >104,7 UI/ml) y anti-citoplasma de neutrófilo (p-ANCA 1/320), con hiper-gammaglobulinemia a expensas de IgG (2913,91 mg/dl). Dada la sospecha de debut de hepatitis autoinmune, se deriva urgentemente a consultas de Gastroenterología Infantil, decidiéndose ingreso para completar estudio. La ecografía abdominal muestra hepatitis, hepatoesplenomegalia e hipertensión portal; endoscopia digestiva alta sin hallazgos; biopsia hepática diagnóstica de hepatitis autoinmune y con colangio-RMN con hallazgos compatibles con colangitis esclerosante, por lo que se confirma diagnóstico de síndrome de solapamiento. Se inicia tratamiento corticoideo y ácido ursodesoxicólico, con mejoría clínico-analítica, permitiendo alta y seguimiento estrecho en consultas, donde se disminuye tratamiento corticoideo a las 2 semanas y se inicia azatioprina, manteniendo una buena evolución. La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria con incidencia en aumento y con amplio espectro clínico, más agresivo en la infancia (incluyendo fallo hepático). Su diagnóstico se basa en la clínica, analítica, estudio autoinmune e histológico. Precisa alto nivel de sospecha clínica para su diagnóstico precoz, de ahí el interés del caso.

PD-034

CASO CLÍNICO: “MI HIJA TIENE UN BULTO EN EL CUELLO”

Porteros Porras, S.; Rubio Artiga, I.; Pérez Olló, S.; Mesa Helguera, S.; Sagaseta De Ilúrdoz Uranga, M.; Chumbe Soto, G.
Hospital de Navarra, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD034>

Anamnesis: Niña de 10 años, previamente sana, que acude a su pediatra por astenia y bulto cervical de 2 semanas de evolución, sin referir otros síntomas ni antecedentes previos de interés. La exploración resulta anodina, salvo palpación de adenopatía dura no dolorosa, adherida a músculo, en zona cervical anterior izquierda de 3 cm, sin palpase otras adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Se informa a la madre de signos a vigilar, solicitándose analítica sanguínea sin alteraciones y ecografía cervical, realizada al mes, observándose adenopatías patológicas cervicales izquierdas y supraclaviculares bilaterales. Ante estos resultados, se amplía estudio con ecografía abdominal, sin alteraciones y radiografía de tórax con adenopatías perihiliares y mediastínicas altas bilaterales. Ante la sospecha de linfoma, la paciente es derivada a la unidad de Oncología Pediátrica para iniciar estudio, solicitándose analítica completa normal, salvo VSG de 50 mm/h, biopsia ganglionar y estudio inmunohistoquímico compatibles con linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular y medulograma sin alteraciones. Respecto al estadiaje, se solicita PET, presentando infiltración tumoral a nivel supradiaphragmático con masa en mediastino anterior. Dado lo anterior, junto a ausencia de síntomas B y VSG >30, se clasifica como estadio IIA en grupo de tratamiento TL2 según recomendaciones de la SEHOP, iniciando tratamiento con dos ciclos de quimioterapia tipo OEPA. **Conclusiones:** - El linfoma de Hodgkin es una de las neoplasias pediátricas más frecuentes, presentando elevada supervivencia. Por tanto, es fundamental el diagnóstico precoz mediante una correcta anamnesis, especialmente de síntomas B, y exploración, palpando todas las cadenas ganglionares, facilitando así el diagnóstico diferencial con otras causas de adenopatía, como infecciones u otros tumores. - En la analítica, además de hemograma y bioquímica con LDH, debemos solicitar el VSG, dada su influencia pronóstica y de tratamiento. - Aunque el diagnóstico de certeza es mediante biopsia, otras pruebas radiodiagnósticas, como radiografías o ecografías, son fundamentales de inicio en Atención Primaria.

PD-035
MI HIJO ESTÁ PEOR DE SUS SÍNTOMAS
DE LA ALERGIA, DOCTOR

Santos Cañón, R.; Medina Bethencourt, M.; Andrade Díaz, C.; Lanero Olivencia, B. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD035>

Anamnesis: Paciente de 5 años con antecedentes de asma alérgica con bronquitis de repetición que acude a Urgencias. La madre cree que sus síntomas se han exacerbado, pues lleva 2 semanas con sensación disneica y síntomas rinoconjuntivales. Asocia astenia y cefalea. Pérdida de apetito, no vómitos. La madre le nota peor cara últimamente y más apagado. **Exploración física:** Destaca: REG, palidez cutánea, taquicardia 145 lpm estando afebril y hepatoesplenomegalia 2 cm. Resto por aparatos sin otros hallazgos. **Pruebas complementarias:** Inicialmente ante la sospecha de patología cardíaca (esplenomegalia, disnea, taquicardia llamativa, palidez...) se solicita Rx tórax y EKG (normal), en la cual se objetiva un ensanchamiento mediastínico muy llamativo, se amplía estudio con analítica completa. - Hemograma: 401.110 leucocitos (198.000 linfocitos, 188.880 monocitos, 11.000 neutrófilos), plaquetas 126.000, Hb 9,6 g/dl. - Frotis: monocitos 0 %, linfocitos 4 %, segmentados 6 %, eosinófilos 0 %, basófilos 0 %. Extensa infiltración en sangre periférica constituida por 90 % de blastos, de tamaño mediano, pleomorfo, con 1-2 nucléolos visibles, cromatina laxa, alta relación núcleo-citoplasma, sin granulación. Debut de hemopatía aguda maligna. - BQ: glucosa 75, perfil renal normal, PT 6,2, úrico 5,5, GGT 56, AST 86, ALT 76, K 5,3, LDH 2.114. - PCR 44 mg/L. Ante la sospecha de debut de hemopatía maligna se contacta con hematólogo de guardia y se ingresa. **Conclusiones/objeto del trabajo:** La combinación de una anamnesis y una exploración física exhaustivas, sistemática y por aparatos es realmente fundamental para iniciar la sospecha del inicio de un cuadro de gravedad, en el pediatra de AP, de Urgencias y cualquier pediatra en general. En este caso, la anamnesis ya nos orienta con síntomas de alarma, y la exploración no nos deja tranquilos, por lo que se solicitan pruebas complementarias que, desgraciadamente, conducen al diagnóstico de una leucemia linfoblástica T de alto riesgo.

PD-037
IMPORTANCIA DE LA PROTEINURIA COMO SIGNO
ASOCIADO A LA FIEBRE

García Fontao, C.; Gómez Vieites, C.; Méndez Bustelo, M.J.; Mazaira, X.; Crego, L. - Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD037>

La proteinuria asociada a la fiebre es un hallazgo muy común que se produce por un aumento del flujo sanguíneo renal y en consecuencia una mayor excreción. Es, por tanto, un estado fisiológico de poca relevancia clínica en la mayoría de los pacientes pediátricos, aunque siempre hay que individualizar. En un paciente de 6 años, sin antecedentes de interés, que consulta por vómitos, polaquiuria y fiebre y aparece proteinuria que no tendría por qué alarmarnos. La madre refiere que tuvo un episodio similar asociando proteinuria, se hizo control de la proteinuria al mes siendo negativa. Sin embargo, reconoce que desde hace una temporada, de manera intermitente presenta dolor abdominal y edema infraorbitario. **Exploración física:** Completamente normal y buen estado general. En ámbito privado, se realiza una ecografía en la que se objetiva una tumoración abdominal. Ingresa para realización de resonancia magnética, gammagrafía y analítica, tanto sanguínea como de orina con marcadores tumorales. De las pruebas complementarias realizadas, se describe una masa retroperitoneal sugestiva de tumor de estirpe neural y una enolasa elevada. Se consiguió realizar

extirpación quirúrgica completa y con ella la curación. La anatomía de la tumoración fue compatible con un schwannoma celular. Como conclusión, me gustaría hacer hincapié en la importancia de hacer una buena historia clínica y escuchar. Aunque hay signos que no tienen mayor relevancia clínica, como en este caso una proteinuria en un contexto de fiebre, si sumamos otros síntomas, pasa de ser algo banal a ser necesario un estudio más en profundidad. No todo es blanco o negro, nos movemos en una escala de grises marcada por cada persona. La mejor práctica clínica es aquella que permite ejercer la medicina de manera individualizada para cada paciente.

PD-038
TROMBOCITOPENIA GRAVE SECUNDARIA A VIRUS
DE EPSTEIN-BARR

Oquillas Ceballos, Á.; Ruiz Araús, A.; Melgosa Peña, M.; Tejero Pastor, L.; Barbadillo Mariscal, B.; Gonzalo San Esteban, A.; Gabaldón Pastor, D.; Portugal Rodríguez, R.; Iglesias Rodríguez, M. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD038>

Anamnesis: Pacientes de 22 y 16 meses consultan por aparición de hematomas y petequias, asociando el segundo caso, epistaxis de 24 horas de evolución. Ambos presentaban antecedente de infección respiratoria en días previos. **Exploración física:** Destacan petequias y hematomas en ambas extremidades inferiores, superiores. Restos de sangrado en mucosa orofaríngea en nuestro segundo paciente. Resto de exploración física dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea, objetivándose una cifra mínima de plaquetas de 2.000 y 4.000/microlitro, respectivamente. Morfología periférica y estudio de coagulación normal. Respecto a los hallazgos extra-hematológicos, destaca alanina aminotransferasa (ALT o GPT) de 150 UI/L y aspartato aminotransferasa (AST o GOT) de 149 UI/L en el primer caso. En ambos pacientes se objetivan marcadores de infección por virus de Epstein-Barr (VEB) con positividad para inmunoglobulina M y anticuerpos heterófilos positivos en el lactante de 16 meses. Los dos pacientes permanecieron 10 y 13 días hospitalizados recibiendo tratamiento corticoideo y solo fue preciso administrar tratamiento con inmunoglobulina humana intravenosa (IGIV) en el segundo paciente. Ambos casos presentaron una buena evolución con normalidad de la cifra plaquetaria. **Conclusiones:** Dentro de los mecanismos de disminución de producción plaquetaria, se encuentran infecciones como la producida por VEB. Aunque es infrecuente que llegue a producir trombocitopenia grave, esta puede darse. El tratamiento con corticoides con o sin IGIV es efectivo en nuestra experiencia, con normalización de la cifra de plaquetas.

PD-039
FIEBRE Y NEUTROPENIA: LA PIEL COMO CLAVE
DIAGNÓSTICA PRECOZ

Pellicer Viudes, C.; Fernández Escobar, V.; Del Pozo Carlavilla, M.; Toledo Boscá, M.; Roda Martínez, N.; González Fajardo, N.; González Amo, M.L. Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD039>

Anamnesis: Niña de 4 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda B en fase de inducción que acude a Urgencias por pico febril de 38°C. **Exploración física:** Buen estado general y lesión cutánea en región lumbar, de coloración negruzca con halo eritematoso y vesícula central de 0,5 x 0,5 cm. Se extraen pruebas complementarias de fiebre y neutropenia destacando: leucocitos 950, neutrófilos 400 y aumento leve de reactantes de fase aguda (PCR 36 mg/L y PCT

0,28 ng/dl). **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de ectima gangrenoso (EG) se inició antibioterapia con cefepime, amikacina y teicoplanina. Tanto en cultivo de la lesión como en hemocultivos se aisló *P.Aeruginosa*, multisensible. En controles analíticos, se objetivó aumento de reactantes y empeoramiento clínico de la lesión a pesar de controles de hemocultivos negativos. Por ello, se decidió realizar desbridamiento quirúrgico cada 48 horas. Mejoría clínica inicial con empeoramiento posterior y persistencia de cultivos de la herida positivos. Se aumentaron la frecuencia de las curas y se amplió el espectro de la antibioterapia con Meropenem y Teicoplanina. Tras ello, evolución favorable, logrando cultivos de la lesión negativos y se colocó un dispositivo de presión negativa consiguiendo la cicatrización completa. **Conclusiones:** El ectima gangrenoso (EG) es una infección cutánea, producida principalmente por *Pseudomona Aeruginosa*. Suele afectar a pacientes inmunocomprometidos, frecuentemente con neutropenia, siendo esta el factor pronóstico más importante. La lesión se presenta como una lesión costrosa necrótica con halo eritematoso circundante. Debemos iniciar tratamiento precoz tras extracción de hemocultivos y cultivo de herida si es posible, con antibióticos de espectro antipseudomona, ya que el retraso de su diagnóstico se asocia con un alto índice de mortalidad. En nuestro caso, la rápida instauración del tratamiento fue crítica, logrando un rápido control de la infección sistémica. En algunos casos, es preciso asociar desbridamiento quirúrgico para conseguir la erradicación local.

PD-040 CERVICALGIA INESPECÍFICA CON HALLAZGO RADIOGRÁFICO INCIDENTAL

Gómez Vieites, C.; Méndez Bustelo, M.J.; Dorado López, P.; Redondo Cervantes, V.; Oiz Urriza, I.; Mazaira López, X.; Crego Rodríguez, L.; Pisón Marcos, I.; García Fontao, C.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD040>

Anamnesis: Paciente de 8 años sin antecedentes personales de interés que acude a su pediatra de Atención Primaria por presentar los 15 días previos a la primera consulta molestias a nivel cervical con sensación de mareo al acostarse o realizar movimientos del cuello, acompañado de leve cefalea sin vómitos ni sensación nauseosa. En un principio se indican ejercicios de rehabilitación sin mejoría, por lo que se decide completar estudio. **Exploración física:** Pupilas isocóricas y normorreactivas. Exploración neurológica sin hallazgos significativos, no datos de focalidad neurológica. Postura con hombros adelantados y escápulas ligeramente aladas, no desviación de columna. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. Se realiza control analítico simple sin hallazgos significativos y telerradiografía de columna anteroposterior y lateral en la que se observa dudoso despegamiento de las líneas paravertebrales dorsales. Desde oncohematología completan estudio con TC torácico que confirma masa paraespinal izquierda a nivel dorsal (entre D7 y D10, que se insinúa en el foramen de conjunción D8-D9 izquierdo de 4,4 x 1,7 x 6 cm) sugestiva de tumor de estirpe neural. El PET-TC DOPA demuestra actividad con ligera/moderada expresión de transportadores de aminoácidos y almacenamiento de precursores de catecolaminas a nivel de la masa sin captación en otras localizaciones. Se amplía estudio analítico mostrando enolasa neuronal específica ligeramente elevada; alfa fetoproteína, betaHCG y catecolaminas en orina negativas. Ante sospecha diagnóstica se decide tratamiento quirúrgico con exéresis de masa paraespinal izquierda paraaórtica por toracoscopia y se envía muestra a anatomía patológica. Esta confirma el diagnóstico de ganglioneuroblastoma mixto o entremezclado con histopatología favorable. El ganglioneuroblastoma es

un tumor infrecuente de malignidad intermedia, con presentación mayoritariamente abdominal que presenta dolor en la zona del tumor o alteraciones nerviosas periféricas. Nos encontramos ante un caso con clínica inespecífica, localizado en mediastino posterior que se detecta de manera incidental y permite tratamiento precoz.

PD-041 LACTANCIA MATERNA Y GANANCIA DE PESO EL PRIMER AÑO DE VIDA

Alonso Rubio, A.M.¹; Parro Olmo, P.²; Garrido Sánchez, S.¹.

¹Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España;

²Facultad de Medicina, Valladolid, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD041>

La lactancia materna exclusiva (LME), fuente óptima de nutrición para el lactante, favorece un metabolismo del tejido adiposo con menor predisposición a sobrepeso y menor ganancia de peso el primer año. **Objetivos:** Analizar relación entre el incremento de peso en el lactante sano a lo largo del primer año de vida y los meses de lactancia materna. **Metodología:** Incluimos los 114 niños nacidos entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2021 sanos pertenecientes a nuestro centro de salud. Recogimos datos tanto de entrevista a las familias como desde el programa informático *Medora*, de los pesos según revisiones del niño sano. **Resultados:** El 50,9 % de los niños mantuvieron al menos 4 meses de LME. El incremento de peso con LME >4 meses los primeros 6 meses (4.228,13 g ± 718,52) es mayor que los que lactan <4 meses (4.108,24 g ± 910,75). En estos últimos, la ganancia desde el nacimiento al año (6.043,18 g ± 1151,9), desde los 6 a 12 meses (1.908,33 g ± 715,11) o 15 meses (7.000,11 g ± 1160,58) es mayor que en los niños con LME>4 meses (5.917,33 g ± 942,08; 1.703,93 g ± 620; 6.672,59 g ± 1.074,84). En ningún caso las comparaciones fueron estadísticamente significativas. **Conclusión:** No encontramos diferencias significativas de ganancia de peso entre los niños con más o menos de 4 meses de LME, pero la tendencia es a que aquellos con más de 4 meses de LME, tienen mayor ganancia ponderal los primeros 6 meses, pero menor a los 12 o 15 meses respecto a mantener <4 meses de LME o lactancia artificial. Tampoco parece existir diferencia de ganancia de peso a lo largo del primer año y los meses de lactancia según sexo o peso al nacimiento, aunque los niños que nacen con más peso tienden a ganar menos los siguientes meses.

PD-042 DEBUT DIABÉTICO EN EL LACTANTE: UN RETO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cabrera Corral, C.¹; Ruiz Garrido, B.²; Rivera Sánchez, E.¹;

Gutiérrez Parejo, R.¹; Rosales Fernández, M.M.¹; Villatoro

Leiva, E.¹. - ¹Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España;

²Centro de Salud de Torredonjimeno, Torredonjimeno, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD042>

La diabetes tipo I es una preocupación sanitaria por el aumento de su prevalencia, ya que es una de las patologías crónicas más frecuentes en Pediatría, excepcional en menores de 5 años. Su seguimiento es multidisciplinar, en el medio hospitalario y extrahospitalario. El tratamiento está basado en educación diabetológica, modificación de hábitos higiénico-dietéticos e insulino terapia. Presento el caso de un lactante de 11 meses que acude a su pediatra para revisión de crisis de broncoespasmo que había precisado corticoterapia oral, presenta mejoría respiratoria pero empeoramiento de dermatitis del pañal ya tratada. Refieren que bebe y come más de

lo habitual, pero ha perdido peso, posiblemente por la mayor diuresis realizada. Se sospecha debut diabético, realizándose glucemia capilar que concluye "high". En Urgencias hospitalarias se clasifica el debut como cetónico sin acidosis iniciándose insulino terapia. Se ingresa para educación diabética e inicio de pauta basal-bolus hasta conseguir buen control glucémico con las dificultades de ser aún un pilar de su alimentación la lactancia a demanda. Actualmente está en seguimiento por su pediatra y en consulta de Endocrinología infantil. Como conclusión: - La diabetes mellitus I es infrecuente en lactantes, requiriéndose una mayor sospecha clínica para diagnosticarla. Además, la oferta terapéutica es menor pues no todas las insulinas son aptas. - La dermatitis del pañal grave sin mejoría con tratamiento adecuado es otro signo guía de hiperglucemia. - Se pueden relacionar las dificultades en los controles glucémicos con la prolongación de la lactancia, recurriendo a su retirada precoz. No debe ser ese nuestro consejo por los múltiples beneficios de la leche materna, debiendo intentar un mejor ajuste de la insulina basal. - El centro de salud es el lugar más accesible para desempeñar una correcta educación diabética y el pediatra de primaria debe centrar sus actividades en la prevención de complicaciones agudas (hipoglucemias) o crónicas (complicaciones vasculares).

DEFENSA 5 – Jueves 19

PD-043

LAS MIL CARAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA, ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

Torres Díaz Díaz, M.¹; Jiménez Tejada, L.²; Roco Rosa, M.¹; Panduro Romero, L.¹; Melitón Carrasco, J.A.¹; Lechón Caballero, M.C.¹; Polo Moreno, J.¹; Franco Martín, I.¹; Raya Tejero, C.¹; Acero Cerro, C.V.¹. - ¹Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España; ²Centro de Salud Jerez de los Caballeros, Badajoz, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD043>

Anamnesis: Niño de 9 años que acude a consulta por deposiciones hipocólicas de varios meses de evolución, con dolor abdominal ocasional leve. No astenia ni pérdida de peso. Refiere que toma 500-600 ml de lácteos al día. No otra sintomatología acompañante. Como antecedente de interés, sensibilización alérgica al huevo con tolerancia casi completa en la actualidad. No otras alergias. Abuela paterna enfermedad celiaca. **Exploración clínica:** Buen estado general, bien hidratado, leve palidez cutánea, no ictericia cutáneo-mucosa. Abdomen distendido pero blando y depresible, no masas ni megalias. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea: hemoglobina 11,4 g/dl, hematocrito 36,5 %, serie blanca, plaquetas y coagulación sin alteraciones. Bilirrubina y transaminasas normales, ferropenia (hierro 22 ug/dl, IST 5 %, ferritina 7 ng/ml), ácido fólico disminuido, perfil tiroideo normal. Antígeno virus en heces y coprocultivo negativo. Serología virus hepatotrópos negativa. Solicitamos estudio inmunológico de enfermedad celiaca, evidenciándose anticuerpos anti transglutaminasa tisular IgA >200 U/mL, anti gliadina IgA deaminada >200 U/mL y anti endomisio IgA 1/2.560. Se inicia tratamiento con hierro y ácido fólico vía oral, junto con dieta exenta de gluten. El paciente es valorado por Digestivo Infantil y se aconseja estudio de enfermedad celiaca en familiares de primer grado. **Conclusiones:** La enfermedad celiaca es un proceso sistémico de carácter inmunológico que se desencadena por el consumo de gluten y otras prolaminas en sujetos genéticamente predispuestos. Cursa con una combinación de síntomas, marcadores serológicos específicos, haplotipo HLA-DQ2/DQ8 y enteropatía. Aunque la sintomatología clásica incluye diarrea

malabsortiva, vómitos, estancamiento ponderoestatural y abdomen prominente; la enfermedad celiaca puede debutar con síntomas muy diversos, de ahí la dificultad para diagnosticarla en muchas ocasiones. El tratamiento consiste en eliminar de forma estricta el gluten de la dieta, consiguiendo así la mejoría clínica, negativización de autoanticuerpos y recuperación histológica de la mucosa intestinal.

PD-044

TRICOBEOZAR: CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Polo De Dios, M.¹; Aparicio Ríos, P.²; Pérez Martín, I.²; González Calderón, O.¹; Cebrián Muñíos, C.¹; Arroyo Ruiz, R.¹; Lázaro Ramos, J.³.

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ²Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España; ³Centro de Salud, Ávila, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD044>

Introducción: El bezoar es un acúmulo de material no digerido en el tracto gastrointestinal y por lo general a nivel gástrico. Cuando se extiende a intestino delgado se llama síndrome de Rapunzel. **Caso clínico:** Niño de 2 años y medio, etnia gitana, sin antecedentes de interés, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de tipo continuo epigástrico, que no cede con analgesia, hiporexia de unas semanas de evolución. Refieren pequeños vómitos, en los que se objetivan pelos en su interior y otros elementos no identificados. Afebril. Deposición hacia dos días de consistencia normal. Los padres refieren ingesta de pelos, pelusas y plumas de colchón desde hace 8 meses. En la exploración física destaca un abdomen blando, depresible, levemente distendido, sin palpase masas ni megalias, doloroso difusamente a la palpación. Se realiza una ecografía en la que se objetiva contenido en cámara gástrica con sombra acústica posterior que se extiende hasta segunda porción duodenal. Se completa estudio con TAC abdominopélvico, con dilatación de cámara gástrica y de duodeno, con ocupación por abundante contenido denso en su interior. Se confirma diagnóstico mediante una endoscopia de vías altas, no siendo posible su extracción mediante la misma. Por lo que se realiza laparotomía con gastrostomía, evacuándose el contenido, objetivándose una formación desflecada que mide 16 x 9 x 2,5 cm, constituida por material pseudopiloso marrón. El postoperatorio es favorable, con buena tolerancia vía oral y exploración física dentro de la normalidad. **Conclusiones:** Es una entidad infrecuente en la edad pediátrica, siendo el tricobezoar la forma más frecuente en niños. Una historia clínica completa es fundamental para el diagnóstico de sospecha. El abordaje integral es fundamental, para buscar y tratar causas psicoemocionales subyacentes y realizar una correcta psicoeducación en los pacientes y familiares para evitar recidivas.

PD-045

¿CUIDADO CON LA DIARREA CRÓNICA!

Bermúdez Díaz, A.¹; Gato Moro, B.¹; Gómez Hernando, V.²; Mestre De Juan, M.². - ¹Hospital del Niño Jesús, Madrid, España;

²CS Los Alperchines, San Fernando de Henares, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD045>

Introducción: La diarrea crónica se define como una disminución en la consistencia de las deposiciones, con un aumento de su frecuencia, durante más de 14 días. Existen 4 mecanismos principales en su desarrollo: osmótico, secretor, secundario a dismotilidad intestinal e inflamatorio, siendo en este último, de especial interés, la presencia de signos de alarma para su diagnóstico precoz. Presentamos el caso de una adolescente con diarrea crónica que ingresa para estudio con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. **Anam-**

nesis: Adolescente de 13 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta deposiciones diarias líquidas y explosivas de 2 meses de evolución, asociando tenesmo y urgencia defecatoria, dolor abdominal nocturno, rectorragia y disminución del peso no cuantificada. **Exploración física:** Peso 45 kg, 81 pulsaciones, afebril y tensión arterial 111/72 mmHg. Triángulo de evaluación pediátrica con palidez cutánea. No aspecto séptico. Bien hidratada y perfundida. Sin exantemas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación de manera difusa sin signos de irritación peritoneal, ni masas ni visceromegalias. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica: anemia hipocrómica, microcítica con trombocitosis y ferropenia, PCR normal y VSG 25 mm. Calprotectina fecal 3.150 µg/g. - Estudio infeccioso: coprocultivo, virus, parásitos y toxina de *Clostridium* en heces negativos. - Panendoscopia: lesiones compatibles con colitis ulcerosa con brote moderado grave, por lo que se inicia tratamiento con azatioprina e infliximab. **Conclusiones:** Ante una diarrea crónica es importante realizar una buena anamnesis, preguntando por signos de alarma como dolor abdominal nocturno, tenesmo rectal, urgencia defecatoria, fiebre, sangrado rectal, astenia importante o pérdida de peso. Ante la presencia de los mismos y en función de la exploración física, el pediatra de Atención Primaria debe decidir si derivar a Urgencias para ingreso o continuar el estudio a nivel ambulatorio.

PD-046 CELIACA SIN AVISAR

Martínez Del Pozo, C.¹; Tríguez García, M.¹; Zamora González, N.².

¹Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España;

²Centro de Salud Venta de Baños, Palencia, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD046>

Resumen: Niña de 3 años con clínica de equimosis en piernas y petequias generalizadas de 24 horas de evolución. No presenta fiebre ni otra sintomatología asociada. No antecedente de cuadro infeccioso previo. En la exploración física presenta equimosis en parte anterior de ambas piernas y petequias generalizadas en tronco, brazos y piernas. Buena coloración de piel y no alteración en mucosas. Se envía a Urgencias hospitalarias para valoración. El hemograma muestra plaquetopenia de 12.000 µ/L, resto de series sin alteraciones, frotis sin agregados plaquetarios, coagulación y sistemático de orina normales. Se decide ingreso con sospecha de púrpura trombocitopenica inmune (PTI) para completar estudio y vigilancia. En las siguientes horas no realiza sangrados pero en los controles posteriores, dado la ausencia de aumento plaquetario (cifra nadir 11.000 µ/L plaquetas), se inicia tratamiento con corticoides. Se amplía estudio con serologías de virus siendo IgM parvovirus B19 positiva, serologías VIH, hepatitis B y C negativas, detección de *H. pylori* en heces positiva y anticuerpos antitransglutaminasa Ig A >128 U/mL. Durante el seguimiento tras el alta permaneció asintomática. Se realiza tratamiento erradicador de *H. pylori* y estudio genético de enfermedad celiaca siendo HLA-DQA1*05 y HLA-DQB1*02 positivos. La paciente fue diagnosticada de enfermedad celiaca en el contexto del estudio etiológico de la PTI. **Conclusiones:** La PTI es un cuadro de origen autoinmune causado por la aparición de anticuerpos antiplaquetarios que inducen la destrucción plaquetaria a nivel periférico. Es el trastorno hematológico autoinmune más frecuente en la infancia. El diagnóstico es de exclusión: trombopenia <100.000/µL, ausencia de alteraciones del resto de series hematológicas y en la morfología de sangre periférica, ausencia de signos y síntomas concomitantes. En los pacientes que no remiten espontáneamente o no responden al tratamiento, se deben hacer estudios complementarios adicionales que incluyen la detección de *H. pylori* y estudio de celiacía.

PD-047

COLECISTITIS ACALCULOSA EN CONTEXTO DE SÍNDROME MONONUCLEÓSICO

Buzón Pérez, M.G.¹; Martínez Fernández, M.¹; Ruiz Jiménez, E.¹; Macías García, M.¹; Abreu Fernández, C.¹; Fernández Fuentes, C.¹; González De Val, C.¹; Luengo, A.¹; Tomás Quesada, Á.¹; Benítez, I.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD047>

Anamnesis: Paciente de 10 años que consulta por dolor abdominal, vómitos, fiebre elevada y edema palpebral de 3 días de evolución. A las 48 horas, asocia ictericia y orinas colúricas. **Exploración física:** Faringe hiperémica sin otros hallazgos, amigdalectomizado. Signos de deshidratación leve-moderada, hepatomegalia de 2 cm y signo de Murphy positivo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Sistemático de orina: normal. - Analítica: leucocitosis de 31.280 con linfomonocitosis (23.760 linfocitos y 4.090 monocitos) y plaquetopenia de 136.000. Colestasis (bilirrubina total 3,3 mg/dl, directa 2,78 mg/dl) y citólisis (Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT) 239, Aspartato Aminotransferasa (AST) 331, Alanina Aminotransferasa (ALT) 381 U/L con Lactato Deshidrogenasa (LDH) 1.045 U/L) con iones (incluyendo fósforo y magnesio) y función renal normales. Coagulación normal. Reactantes de fase aguda negativos. - Frotis de sangre periférica con 48 % de linfocitos activados con células linfomonocitarias. - Serología: IgM e IgG positiva a virus de Epstein-Barr (VEB). - Ecografía abdominal con hepatoesplenomegalia sin lesiones focales, con paredes de la vesícula edematosas (secundario a afectación hepática). No litiasis ni barro biliar. No dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Tras rehidratación intravenosa, es dado de alta con control en Atención Primaria donde, a las 24 horas, se realiza ecografía clínica con aumento del tamaño hepático y mayor engrosamiento de pared vesicular. Ante hallazgo de colecistitis aguda acalculosa se cursa ingreso hospitalario. En control ecográfico, asocia mínimo derrame pleural derecho y líquido ascítico sin repercusión clínica, con ecocardiografía normal. A nivel analítico mejoría de patrón colestásico (bilirrubina total 0,98 mg/dL, directa 0,77 mg/dl) con empeoramiento de hipertransaminasemia (GGT 219 U/L. AST 625 U/L. ALT 628 U/L), que continúa con controles seriados. Actualmente evolución clínica favorable, quedando afebril tras 10 días y con buen control del dolor. **Conclusión:** Nos encontramos ante un caso excepcionalmente descrito en la literatura de colecistitis aguda alitiásica y hepatitis secundaria a infección por VEB.

PD-048

ESTREÑIMIENTO Y HECES CON SANGRE: NO SIEMPRE ESTÁN RELACIONADOS

Molina Ureba, A.; Poses Vega, S.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; García Matamoros, L.; Serrano Carreño, I.; Carrión Medina, A.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD048>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Niño de 5 años. Deposiciones con hilos de sangre roja de un año de evolución. Se han atribuido a hábito deposicional estreñido (heces de consistencia dura, frecuencia cada 2 días y dolor asociado a la defecación) aunque en la exploración física no se han evidenciado fisuras anales. A pesar de correcto tratamiento del estreñimiento, con mejoría de hábito de deposiciones con consistencia normal, persisten restos de sangre roja en casi todas las deposiciones y, además, ha presentado un episodio de emisión de sangre roja

fresca no relacionado con esfuerzo defecatorio. Mantiene excelente estado general, sin otra clínica digestiva ni sistémica acompañante. Exploración normal y sin evidencia de fisuras en región anal. Se inicia estudio, solicitándose sangre oculta en heces (SOH), analítica sanguínea completa y coproactivo. La SOH resulta positiva en las 3 muestras. En la analítica se evidencia ferropenia sin anemia pero con microcitosis, iniciándose ferropenia oral. Ante la sospecha de patología digestiva subyacente más allá del estreñimiento, se deriva a Digestivo Pediátrico. Amplían estudio con calprotectina en heces francamente elevada. Ante la alta sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, el paciente se encuentra pendiente de realización de endoscopia digestiva alta y colonoscopia. **Conclusiones:** - En Pediatría es frecuente la asociación de estreñimiento y hematoquecia, siendo el primero la causa de la segunda en muchas ocasiones. Ante una rectorragia franca, sobre todo cuando no está relacionada con el esfuerzo defecatorio, es importante descartar otras posibles entidades causantes. - La enfermedad inflamatoria intestinal suele asociar clínica sistémica y digestiva (dolor abdominal, diarreas, rectorragia, astenia) que nos pueden poner sobre sospecha de la misma. Existen pacientes, como en el de nuestro caso, en el que la clínica es exclusivamente el sangrado digestivo sin dolor ni otros síntomas asociados.

PD-049

VÓMITOS, LA ETIOLOGÍA NO SIEMPRE ES FRECUENTE

Pallarés, M.; Sánchez, C.; Molina, A.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD049>

Motivo de consulta: regurgitaciones y escasa ganancia ponderal. **Antecedentes:** Gestación gemelar (37 + 1 semanas). Peso al nacimiento: 2.575 g (percentil (p)27). Dos ingresos por pielonefritis. En seguimiento por Nefrología y por Inmunología, que descarta inmunodeficiencias. **Enfermedad actual:** Lactante de 4 meses que consulta por regurgitaciones y escasa ganancia ponderal desde el nacimiento, alimentada con lactancia mixta. Caída de percentiles de peso hasta <p1, resto de exploración normal. En seguimiento en Atención Primaria y Gastroenterología con diagnóstico diferencial inicial entre alergia proteínas leche de vaca no IgE mediada o reflujo gastroesofágico (RGE). Se inicia fórmula hidrolizada y omeprazol y ante falta de mejoría, se cambia a fórmula elemental e inicio precoz de alimentación complementaria. Progresivo empeoramiento, con vómitos de contenido mucoso e intensa avidez por las tomas. Se amplía estudio con: - Radiografía de tórax: dudosa imagen de columna área en mediastino superior con informe radiológico normal. - Ecografía abdominal: lesión ocupante de espacio en línea media intratorácica con diagnóstico diferencial entre neuroblastoma, secuestro pulmonar, quiste de duplicación esofágico. - TAC: marcada dilatación esofágica con nivel hidroaéreo en su interior. - Tránsito esófago gastroduodenal: dilatación esofágica con falta de relajación del EEI y escasa peristalsis. Acumulación de bario en esófago con paso filiforme al estómago, sospecha de acalasia. **Juicio clínico:** Estenosis esofágica congénita. Acalasia. Se hacen dilataciones endoscópicas con evolución favorable. En esofagograma de control a los 7 meses se normaliza diámetro de esófago. Adecuada ingesta con normalización de peso (p10). **Conclusiones:** Los vómitos y el fallo de medro son un motivo de consulta usual. La acalasia es infrecuente y la clínica puede ser inespecífica. El diagnóstico diferencial de la acalasia debe realizarse principalmente con el RGE en pacientes que no responden al tratamiento. Una correcta anamnesis es fundamental para establecer la sospecha y evitar el retraso diagnóstico.

PD-050

ESTUDIO EN VIDA REAL CON UNA FÓRMULA INFANTIL PARCIALMENTE FERMENTADA Y CON OLIGOSACÁRIDOS (SCGOS/LCFOS, 9:1) Y UN PERFIL LIPÍDICO MEJORADO (B-PALMITATO) EN LACTANTES SANOS. ESTUDIO POST

Blesa Baviera, L.C.¹; Albors Fernández, A.²; Samblas Tilve, P.³; Maragat Idarraga, Ú.⁴; Coronel Rodríguez, C.⁵; Abad Balaguer, B.⁶; Viciano Delibano, E.⁷; Pérez-Sádaba, F.J.⁷; Martínez Costa, C.⁸. - ¹Centro de Salud Serrería II, Valencia, España; ²Centro de Salud Trafalgar, Valencia, España; ³Centro de Salud El Restón, Madrid, España; ⁴Centro de Salud Serrería I, Valencia, España; ⁵Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España; ⁶Centro de Salud Malvarrosa, Valencia, España; ⁷Outcomes'10, Castellón, España; ⁸Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD050>

Introducción: El equilibrio de la microbiota intestinal y la maduración del sistema inmunitario alcanzados con la lactancia materna (LM) son evidentes. Es esencial que las fórmulas infantiles persigan estos mismos objetivos además de permitir un crecimiento adecuado. **Objetivos:** Determinar el crecimiento, tolerancia gastrointestinal e incidencia de infecciones durante tres meses (1 a 4 meses) en lactantes sanos nacidos a término alimentados con LM o lactancia artificial (LA) con una fórmula infantil parcialmente fermentada con galactooligosacáridos de cadena corta y fructooligosacáridos de cadena larga (scGOS/lcFOS, 9:1), 2'-fucosil-lactosa y un perfil lipídico mejorado (ácido docosahexaenoico/araquidónico, β-palmitato). **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en Atención Primaria en lactantes alimentados con LA o LM (control) durante 3 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, antropométricos, de tolerancia gastrointestinal y consistencia fecal y presencia de infecciones, a los 1, 2 y 4 meses de vida. Se realizó un análisis descriptivo (STATA v.14). **Resultados:** Participaron 159 lactantes, y finalizaron el estudio 126 (50,8 % niños; 61 LM y 65 LA). El incremento medio de peso y longitud desde el mes a los cuatro meses fue de 2.566 ± 496 g y 9,7 ± 1,7 cm en LA y de 2.571 ± 702 g y 9,8 ± 1,8 cm en LM; con un z-score medio del peso de -0,1 ± 0,7 y 0,1 ± 1,1, respectivamente. La mayoría presentaron heces blandas/líquidas al mes (LA: 88,5 %; LM: 96,9 %) y cuatro meses (LA: 88,5 %; LM: 89,2 %). El 26 % del grupo LA y 25 % del grupo LM sufrieron infecciones, siendo más frecuentes las respiratorias. **Conclusiones:** El crecimiento del grupo LA fue superponible al observado en el grupo LM. La consistencia de las heces y la presencia de síntomas digestivos fue similar en ambos grupos, indicando una buena tolerancia gastrointestinal de la fórmula. La incidencia de infecciones fue pareja en ambos grupos.

PD-051

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LITIASIS RENAL. PECULIARIDADES EN LA INFANCIA

Albert Barrachina, C.; Reolid Pérez, M.; González

Cervantes, M.; García Montoya, A. - Hospital General Universitario, Alicante, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD051>

Anamnesis: Lactante varón de diez meses que consulta al pediatra de Atención Primaria tras apreciar la madre "bolitas blancas" en el pañal. Se encuentra asintomático, sin fiebre y sin rechazo de tomas. No antecedentes de interés. **Exploración clínica:** Exploración física normal, a destacar fimosis puntiforme fisiológica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita análisis de orina y se mantiene actitud expectante. Ante persistencia de clínica, se solicita estudio metabólico y se amplían pruebas complementarias. En sedimento

urinario presenta leucocituria y bacteriuria moderada, por lo que se inicia tratamiento antibiótico vía oral. Presenta urocultivo positivo para *Proteus mirabilis* y se objetivan cálculos de estruvita en estudio de las litiasis. Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico, manteniendo profilaxis con amoxicilina. Mantiene buen estado general, con función renal conservada, aunque persiste eliminación de las litiasis renales a través de la uretra (2 mm de diámetro transversal). En las pruebas de imagen se visualizan múltiples litiasis en vía urinaria de riñón derecho, sin signos de obstrucción, por lo que es valorado por servicio de Cirugía Pediátrica. Realizan nefrolitotomía percutánea derecha y colocan catéter doble J. Inician tratamiento con ácido ascórbico y mantienen tratamiento profiláctico. Presenta resolución de la clínica, pudiendo retirarse el catéter doble J sin incidencias. **Conclusiones:** Las litiasis de causa infecciosa son más frecuentes en el primer año de vida, la gran mayoría causadas por microorganismos productores de ureasa, siendo el más frecuente el *Proteus mirabilis*. Su diagnóstico en la infancia es un reto, ya que la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos o asocian síntomas inespecíficos. Está indicado realizar una evaluación metabólica urinaria y es necesario descartar malformaciones del tracto urinario. Suele ser necesario tratamiento quirúrgico para eliminar la litiasis (así como para la corrección de anomalías congénitas si existen) y se debe tratar la infección urinaria con tratamiento médico.

PD-052

GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA, UNA COMPLICACIÓN A RECORDAR ANTE EL CRECIENTE NÚMERO DE CASOS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

García Vizcaíno, L.; Martínez Marín, L.; Ruiz Tudela, L.; López Jesus, M.; González Álvarez, C.M.; Cuesta Armero, I.; Robles García, M.; Gómez Rodríguez, I.I. - Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD052>

Anamnesis: Preescolar de 4 años con macrohematuria asintomática de 24 h de evolución, y antecedente de faringoamigdalitis aguda hace 3 semanas, tratado con cefixima oral 7 días. **Exploración física:** Normal por órganos y aparatos. Tensión arterial límite para su edad. **Procedimientos diagnósticos/terapéuticos:** - Cultivo faríngeo: *S. Pyogenes* sensible a ampicilina. - Bioquímica: urea 40 mg/dl, Cr 0,59 mg/dl, PCR 1 mg/dl, PCT 0,03 ng/ml. Resto bioquímica, hemograma, coagulación, serologías, PTH, tiroideas normales. C3 42,2 mg/dl, C4 23,8 mg/dl, antiestrepolisina 1623 UI/mL. - Cistatina C 1,15 mg/dl, FG por cistatina: 71,83 ml/min/1,73 m². FR Schwartz 87.458 ml/min/1,73. - Orina: 10.520 Leucos +++++, sangre ++. Hematíes dismórficos 44 %, proteínas 88,4 mg/Dl, EFNA 0,74 %, IFR 1, volumen urinario/100 ml FGR (V/FG): 0,74 ml/100 ml, proteína/creat. 2,72 mg/mg, Ca/creat. 0,017 mg/mg. Urocultivo negativo. - Ecografía vía urinaria normal. **Evolución:** Ante glomerulonefritis postestreptocócica con IRA oligúrica, TA límite alto, hematuria y proteinuria en rango nefrótico, se ingresa con control tensional, restricción hídrica y balance de líquidos. Recibe tratamiento con Augmentine oral a 80 mg/kg/día. Progresiva mejoría clínica con TA normales, sin edema, aclaramiento de macrohematuria y normalización de función renal persistiendo al alta microhematuria y proteinuria moderada no nefrótica. Control analítico a las 3 semanas con normalidad de complemento y descenso de ASLO. Desaparición de proteinuria y persistencia de microhematuria. **Conclusiones:** Aportamos un caso de glomerulonefritis postestreptocócica con oliguria, HTA, IRA con evolución adecuada para recordar las posibles complicaciones del *Streptococcus pyogenes*. La actual situación epidemiológica de este germen con el incremento en el número de casos, nos obliga a insistir en la

variabilidad clínica de esta entidad, presentando desde casos oligosintomáticos, síndrome nefrítico agudo o síndrome nefrítico, recordando así la que es una de sus principales complicaciones, la glomerulonefritis postinfecciosa. FG: filtrado glomerular, IRA: insuficiencia renal aguda, EFNA: excreción fraccional de sodio, TA: tensión arterial.

PD-053

GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubio Artiga, I.¹; Porteros Porras, S.¹; Campo De La Fuente, M.¹; Mesa Helguera, S.¹; Larumbe Martín, B.²; Hualde Olascoaga, J.¹. - ¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España; ²CS. Sarriguren, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD053>

Niño de 4 años sin antecedentes personales de interés que acude a su centro de salud por tos seca de 10 días sin dificultad respiratoria ni otra sintomatología. En la exploración física presenta roncus en base izquierda con normosaturación, por lo que se inicia tratamiento con azitromicina oral. A los cuatro días acude de nuevo por ausencia de mejoría con elevación de la fiebre hasta 39°C y decaimiento. En la exploración llama la atención edema palpebral bilateral, por lo que se realiza tira reactiva de orina. Ante presencia de hematuria y proteinuria se deriva a Servicio de Urgencias para ampliar estudio. En Urgencias se decide ingreso para antibioterapia intravenosa y control clínico ante diagnóstico de neumonía en lóbulo inferior izquierdo junto con sospecha de síndrome nefrítico (hematuria y proteinuria en rango no nefrótico). En la analítica destaca función renal conservada con anticuerpos antiestrepolisina positivos, junto con disminución de C3. Se realiza ecografía abdominal con mínimo derrame pleural asociado a la neumonía. Durante el ingreso permanece oligúrico y presenta tendencia a la hipertensión precisando tratamiento antihipertensivo. Actualmente el paciente se encuentra asintomático con controles mensuales de tensión arterial y en seguimiento por nefrología infantil. **Conclusiones:** - La glomerulonefritis aguda postinfecciosa es la causa más común de glomerulonefritis aguda en la edad pediátrica. Hay un amplio espectro de agentes causales, pero la postestreptocócica es la más frecuente. - La presentación clínica más característica es el síndrome nefrítico, caracterizado por hematuria, proteinuria, edema, hipertensión y oliguria. - El descenso del complemento C3 en fase aguda con normalización a las 6-8 semanas es de gran importancia diagnóstica. Detectar el aumento de anticuerpos anti estrepolisina apoyaría la sospecha de causa postestreptocócica. - El tratamiento es de soporte y la mayoría de los niños tienen un pronóstico excelente, con recuperación completa de la enfermedad y sin recurrencias.

DEFENSA 6 – Jueves 19

PD-054

DOCTOR, ¿QUÉ SON ESTOS GRANOS?

Mesa Lombardero, E.¹; Navarro Campo, S.²; Muñoz Lumbreras, M.¹; Salcedo Fresneda, O.¹; Alonso Alonso, A.¹; Santos Gómez, L.¹; Alonso Álvarez, S.².

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España;

²Centro de Salud Teatinos, Oviedo, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD054>

Caso clínico: Lactante mujer de un mes de vida, con gestación y parto sin incidencias, acude al centro de salud por exantema aislado pustuloso-costroso de base eritematosa localizado en zona cervical

posterior y raíz de extremidades. Asocia piel enrojecida y discretas placas descamativas amarillentas a nivel facial. No síntomas a otros niveles ni clínica en convivientes. Ante sospecha de dermatitis seborreica facial y lesiones impetiginizadas corporales, se recomienda hidratación y pomada antibiótica de mupirocina en estas últimas. A los diez días reacuden por diseminación de las lesiones distalmente. Se inicia tratamiento con cefadroxilo oral y ozenoxacino tópico. Mejoría clínica inicial con empeoramiento posterior. En la exploración se objetivan de forma dispersa pústulas y pápulas más numerosas y de mayor tamaño con afectación palmoplantar y alguna vesícula aislada, además de hiporexia e irritabilidad. Se deriva al Servicio de Urgencias de Pediatría desde donde se solicita interconsulta a Dermatología. En la valoración visualizan surcos acarinos en palmas y plantas y, rehistoriando, se descubre que la familia había comenzado con prurito corporal generalizado los últimos días. Se diagnostica de sarna y se inicia tratamiento con emulsión de permetrina para la lactante y sus convivientes, además de corticoides tópicos. Resolución del cuadro de forma completa sin recurrencias posteriores. **Comentarios:** La escabiosis infantil es una enfermedad infradiagnosticada que ha aumentado su incidencia tras el confinamiento por SARS-CoV-2. En neonatos y lactantes pequeños, la distribución es más generalizada y suele haber afectación palmoplantar. En estos pacientes se debe establecer el diagnóstico diferencial con la acropustulosis infantil y con la histiocitosis de células de Langerhans. Destacar la importancia de una adecuada anamnesis y un rápido diagnóstico para evitar brotes en la comunidad.

PD-055

CUANDO EL PRURITO NO ES LO QUE PARECE: LARVA CUTÁNEA MIGRANS

Martínez Ramírez, C.¹; García Pinilla, L.¹; Sánchez Gallego, P.¹; Ferrín Diáñez, A.¹; Parra Martínez, G.¹; Navarro Quesada, F.J.².
¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España; ²CS Lucano, Córdoba, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD055>

La infección por larva *migrans* cutánea es una parasitosis típica de climas tropicales y subtropicales. Los principales agentes causales son *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum*. Sus huevos se encuentran en las heces de perros y gatos que no han sido correctamente tratados con antihelmínticos. Se desarrollan en suelos arenosos y húmedos hasta alcanzar la forma infectiva. Al entrar en contacto con el huésped humano penetran en la epidermis de zonas expuestas, e inician su migración dando lugar a la clínica dermatológica. Niño de 7 años que presenta una lesión cutánea pruriginosa, especialmente nocturna, en porción distal del tercer dedo de la mano derecha de cinco días de evolución. Como único antecedente, destaca un viaje a Senegal cinco días antes del inicio de la clínica. Diagnosticado inicialmente de sarna, recibe tratamiento tópico con permetrina sin objetivarse mejoría. En la exploración física se aprecia una lesión de morfología serpinginosa, de borde sobrelevado, de aproximadamente 6 centímetros de longitud. Tras la falta de respuesta al tratamiento, se replantea el diagnóstico de escabiosis, y con el antecedente epidemiológico se llega al diagnóstico de Larva *migrans* cutánea, recibiendo tratamiento con albendazol vía oral durante tres días con resolución completa de la clínica. El diagnóstico de esta parasitosis se basa en la clínica y la historia del viaje reciente a zonas endémicas. El curso de la enfermedad es autolimitado, ya que la larva no puede completar su ciclo vital y muere espontáneamente semanas después del inicio del cuadro. Sin embargo, la clínica puede llegar a ser muy limitante por la intensidad del prurito. Es importante mantener la sospecha diagnóstica ante un caso con lesiones dérmicas pruriginosas

en forma de tracto sobrelevado, eritematoso, lineal o serpinginoso y antecedente epidemiológico compatible. Necesidad de informar a los pacientes de las medidas higiénico-dietéticas a seguir ante viaje a zonas endémicas.

PD-056

UNA DERMATOSIS INFRECUENTE

Escalona Gil, A.M.; Martín Galache, M.; Jiménez Domínguez, A.; De Pablo García, M.; Alcubilla García, L.; Álvarez Smith, C.I. - Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD056>

Anamnesis: Recién nacido de 16 horas de vida que presentó xerosis marcada y bradicardia de 60 latidos por minuto a la exploración. El embarazo fue controlado, destacando únicamente la presencia de bradicardia fetal en límite bajo de normalidad en el tercer trimestre y el parto eutócico a las 40 + 3 semanas. Entre los antecedentes familiares destacaba padre con posible ictiosis vulgar leve. **Exploración clínica:** A la exploración física, se objetivó una membrana cutánea fina, superficial y generalizada, de aspecto apergaminado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha clínica de bebé colodión y la presencia de bradicardia, se decidió ingreso para monitorización y vigilancia clínica. Se realizó electrocardiograma, ecocardiograma, y analítica sin objetivarse alteraciones. Se interconsultó a Oftalmología para tratamiento preventivo de queratitis y sinequias. Se inició tratamiento para su afección cutánea con medidas de asepsia, hidratación intensa con vaselina líquida, medidas conservadoras de calor y humedad ambiental en la incubadora. A las 24 horas, se objetivó resolución completa de la xerosis, excepto en zonas acrales. Ante buena evolución, se diagnosticó de bebé colodión autorresolutivo y se decidió alta con control en consultas de Dermatología. Dos semanas después, se apreció importante descamación laminar en cuero cabelludo y furfurácea en extremidades, que se resolvió en las siguientes revisiones sin presentar nuevas incidencias. **Conclusiones:** El bebé colodión es una dermatosis infrecuente, cuya incidencia oscila en torno a los 1/50.000 o 1/100.000 nacimientos. Constituye la forma de presentación inicial de enfermedades diversas, siendo las ictiosis las más frecuentes. Es necesario un adecuado diagnóstico y manejo dada la marcada alteración de la función de la barrera cutánea presente, pudiendo asociar complicaciones como deshidratación, infección cutánea o hipotermia, entre otras. Por ello, resulta fundamental la aplicación de medidas de asepsia, humedad ambiental en incubadoras, identificación precoz de infecciones y mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico.

PD-057

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE CON EVOLUCIÓN A AMPOLLAS HEMORRÁGICAS

Campillo Antón, E.; Fuentes Nieto, A.; Roldán Montero, M.; Cerdá Guillabert, P.; Jaén Prats, A.; Bellod Tonda, J.; Sánchez Peral, S.; Torres Soto, M.; María Dolores Sánchez, C.; Martínez Menchón, T.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD057>

Presentamos el caso de un varón de 23 meses sin antecedentes de interés y correctamente vacunado que consulta en Urgencias por aparición en las últimas 24 horas de lesiones cutáneas inicialmente en diana, que han ido evolucionando a purpúricas, de predominio

en miembros inferiores. Refieren febrícula junto con clínica catarral la semana previa y hace 2 días consultó en Urgencias por edema escrotal con diagnóstico ecográfico de edema escrotal idiopático, actualmente resuelto. Niegan vacunaciones recientes o administración de medicamentos. En la exploración física presenta pápulas purpúricas de 1-2 centímetros con afectación extensa de miembros inferiores, plantas y palmas, región facial y pabellones auriculares, asociado a edema indurado de manos y pies. Se extrae analítica sanguínea y sistemática de orina sin alteraciones. Dada la extensión de las lesiones se decide ingreso, manteniéndose afebril y con excelente estado general. Se observa progresión de las lesiones hacia ampollas hemorrágicas de hasta 6-7 cm. Se realiza biopsia cutánea compatible con vasculitis leucocitoclástica. El edema agudo hemorrágico del lactante (EAHL) es una vasculitis aguda de pequeño vaso leucocitoclástica que se manifiesta típicamente con lesiones purpúricas de predominio en miembros inferiores y región facial, siendo característica la implicación de pabellones auriculares. Suele afectar a niños de entre 4 meses y 2 años. Su etiología es desconocida, aunque se relaciona con infecciones, fármacos y vacunas. Es benigna, con resolución espontánea en 1-3 semanas, como sucedió en nuestro caso. Estando indicado solamente tratamiento sintomático. Aunque nuestro paciente presentaba unas características clínico-epidemiológicas sugestivas de EAHL y una localización típica de las lesiones; el desconocimiento, la extensión y la evolución de estas, retrasó el diagnóstico y motivó un ingreso de 5 días y una biopsia cutánea. El EAHL es una vasculitis que, tras un diagnóstico clínico y el despistaje de otras entidades, puede manejarse de forma ambulatoria desde Atención Primaria.

PD-058

NO TODAS LAS "MANCHAS" SON INESPECÍFICAS: EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE

Parra Villena, A.; Franco Martín, I.; Rojas Valle, L.; Durán Nieto, V.M.; Florido Suárez, I.; Carrasco Tur, L.; Roco Rosa, M.; Raya Tejero, C.; Puyana Rodríguez, J.M.; Ordóñez Medina, I.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD058>

Un motivo de consulta frecuente son las lesiones cutáneas, que muchas veces diagnosticamos como inespecíficas, achacándolas a procesos víricos. Algunas de ellas tienen unas características específicas que permiten un diagnóstico concreto. Presentamos un caso de edema agudo hemorrágico del lactante. Se trata de una vasculitis leucocitoclástica, de pequeño vaso, que afecta exclusivamente a la piel. Típica de lactantes (3 meses-2 años). Su etiología es desconocida, aunque suele asociarse a agentes infecciosos, algunos medicamentos y ciertas inmunizaciones. **Caso clínico:** Lactante varón de 18 meses, correctamente vacunado, sin otros antecedentes de interés. Consulta por fiebre de 15 h de evolución, asociando la aparición de un exantema con lesiones en diana distribuidas en extremidades superiores e inferiores, alguna de ellas edematosa, respetando tronco. Asocia también lesiones en pabellón auricular izquierdo y párpado inferior izquierdo con edema de las mismas. Resto de la exploración sin hallazgos. El día de la consulta finalizaba 7 días de tratamiento con amoxicilina (80 mg/kg/día) por otitis media. No otra clínica acompañante. Como ambiente epidémico, familiares con clínica catarral en días previos. Acude a guardería. Se remite al paciente para valoración hospitalaria y completar estudio, con una analítica anodina, una PCR de 20 mg/L y una tira reactiva de orina mediante bolsa colectora, que resulta negativa. Con estos resultados, se diagnostica de edema agudo hemorrágico del lactante. Es dado de alta

con tratamiento sintomático y controles sucesivos por su pediatra, presentando buena evolución clínica y mejoría de las lesiones, que desaparecen en torno a las 2 semanas del cuadro. **Conclusiones:** - Etiología desconocida. Se asocia a agentes infecciosos, medicamentos y vacunas. - Importante el diagnóstico diferencial: sepsis meningocócica, púrpura de Schönlein-Henoch, eritema multiforme, entre otras. - Diagnóstico clínico. - Resolución espontánea: no precisa tratamiento.

PD-059

EFLUVIO TELÓGENO COMO SÍNTOMA POSTCOVID-19

Espinoza Romero, A.; Herrera De Pages, M.; Padilla, N.
Hospital Sanitas Cima, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD059>

Preescolar de 3 años, que refiere desde hace 1 mes caída del cabello profusa, acude a Urgencias. En los últimos 6 meses, múltiples episodios febriles y sintomatología respiratoria. Niega vacunación para SARS-CoV-2. **Exploración clínica:** Peso: 14 kg; FC: 130 lpm; FR: 25 rpm; SatO₂: 97 %. Buen estado general. Normohidratación. Alopecia difusa a predominio frontal y coronal. No se aprecian lesiones de tiñas, ni signos sugestivos de infección. Resto del exploración física normal. Se plantea diagnóstico de efluvio telógeno, se realizan analíticas para estudio etiológico, obteniéndose: - Hb 12,8 g/dl; Hto 41,9 %; VCM 85,2; HCM 26 Gb; 9,900 Neu 39,5 %; LNF 49,9 %; Mon 6,7 %; Eo 3,02 %; Plq 275.000. - VSG 10; Biotinidasa 11 nmol/mL/min; Ferritina 19; Hierro 50 Sat. transferrina 13 %; Prot. Totales 7,30 g/dl; Biotina en suero 813 ng/L. - IgA 35. - TSH 3,17; T4 total 9,77; Ac TPO 0,5 UI/ml; Ac Tg 0,6 UI/ml. - ANA antitransglutaminasa IgA IGG; Anti-gliadinas normales. - Serologías negativas para IgG e IgM para CMV, VEB, *Treponema pallidum*. - Vitamina D 36 ng/ml; Zinc 64,3 ug/dl. - Serología para COVID-19 IgM negativo. IgG positiva (914,70) suero/plasma. Es evaluada por Dermatología, que inicia tratamiento con Regaxidil al 5 %. **Conclusiones:** El efluvio telógeno agudo suele ocurrir 3 meses después de un evento estresante y puede durar hasta 6 meses. Los monocitos y macrófagos infectados por SARS-CoV-2 pueden producir citoquinas pro-inflamatorias involucradas en las complicaciones por COVID-19. El número de monocitos tiende a ser menor en la etapa de recuperación tardía, y este junto al antecedente de infección, puede estar relacionado con el número circulante en los folículos pilosos. Esta patología condiciona la calidad de vida de los pacientes afectados y sus familias, por lo que su relación con infección pasada de COVID-19 debe ser considerado por los pediatras y médicos de familia.

PD-060

PITIRIASIS LIQUENOIDE Y VARIOLIFORME AGUDA (PLEVA)

Ruiz Araus, A.¹; Melgosa Peña, M.¹; Oquillas Ceballos, Á.¹; Tejero Pastor, L.¹; Gonzalo San Esteban, A.¹; Barbadillo Mariscal, B.¹; Miras Veiga, A.¹; Elvira Pardilla, A.I.².
¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España;
²Centro de Salud Santa Clara, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD060>

Anamnesis: Niña de 3 años que consulta por exantema eritemato-purpúrico no pruriginoso de inicio en tronco, precedido 24 horas antes de fiebre hasta 39°C, odinofagia, tos y mucosidad. No antecedentes personales de interés. Calendario vacunal al día. **Exploración clínica:** Buen estado general. Exantema papular con lesiones eritemato-purpúricas liquenoides en tronco y extremidades,

algunas descamativas. Faringe eritematosa con exudado. Resto de la exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza cultivo faringoamigdal que es positivo para *Streptococcus pyogenes*, y se inicia tratamiento con amoxicilina, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva en virus respiratorio sincitial, analítica sanguínea con leucocitosis ($16,6 \times 10^3/\mu\text{L}$) y neutrofilia ($11,7 \times 10^3/\mu\text{L}$), proteína C reactiva de 39 mg/L y procalcitonina de 0,2 ng/mL, hemocultivo negativo y coagulación normal. Tras inicio de antibiótico se resuelve la fiebre, persistiendo exantema con progresión a extremidades superiores e inferiores, incluyendo palmas y plantas. Se realiza interconsulta a Dermatología, quienes confirman el diagnóstico de pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA). Mantienen tratamiento antibiótico. Al mes resolución de las lesiones en tronco, con desaparición completa del exantema a los dos meses. **Conclusiones:** La PLEVA es una dermatosis adquirida, idiopática e infrecuente. La edad de presentación más habitual es en adultos jóvenes y población pediátrica. Se caracteriza por lesiones eritemato-descamativas que evolucionan hacia vesículas, pústulas, lesiones necróticas y cicatrices varioliformes. Se pueden acompañar de clínica general (fiebre, astenia, etc.). Tiene curso benigno y autolimitado, pudiendo presentar recidivas. Su diagnóstico, predominantemente clínico, no es fácil por su escasa frecuencia y el amplio diagnóstico diferencial con otras entidades. El diagnóstico se confirma con la histología. No existe tratamiento específico. Se han utilizado corticoides (tópicos y sistémicos), antibióticos, inmunosupresores, fototerapia, etc. Es necesario un seguimiento a largo plazo para la detección precoz de una potencial transformación maligna de las lesiones.

PD-061

NEUROMAS MUCOSOS EN GLANDE. UNA LOCALIZACIÓN POCO HABITUAL

Rueda Ramírez, C.M.; De Los Reyes Castellanos, B.; Cabello García, M.; Carvajal Alonso-Barajas, E.; Reyzaal Ereño, E.; Pareja Grande, J.; García Cabezas, M.Á. - Hospital General, Ciudad Real, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD061>

Anamnesis: Paciente varón de 12 años. Consulta a su pediatra de Atención Primaria por lesiones en el pene de dos meses de evolución, no dolorosas ni pruriginosas. Antecedente personal: rinoconjuntivitis alérgica. Antecedentes familiares: mastocitosis en prima materna. Sin otros antecedentes de interés. **Exploración física:** Pápulas blanquecinas localizadas en glande y surco balano-prepucial. Asocia sobrepeso y acúmulo de grasa a nivel cervical, así como estrías en piel de muslos y abdomen. Resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita la valoración de las lesiones a Dermatología, que realiza biopsia de las mismas. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico de neuromas mucosos en glande y surco balanoprepucial. Se realiza estudio ecográfico de tiroides y estudio bioquímico y hormonal. Las determinaciones de la hormona estimulante de la glándula tiroides (TSH), cortisol y catecolaminas en orina resultan dentro de la normalidad y no se hallan lesiones o nódulos tiroideos. **Conclusiones:** Los neuromas son tumores benignos derivados de las fibras axonales. La localización de los neuromas diagnosticados en nuestro paciente es poco habitual, ya que apenas hay descritos casos de tumores derivados de las fibras nerviosas en la región genital. Se plantea el diagnóstico diferencial entre los síndromes que pueden manifestarse con neoplasias de estirpe neurológica, como las que presenta el paciente principalmente la neoplasia endocrina múltiple tipo 2B (MEN2B). El paciente fue derivado a Endocrinología, desde donde fue dado de alta. Continúa seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

PD-062

ERISPELA FACIAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Melgosa Peña, M.; Ruiz Araus, A.; Gonzalo San Esteban, A.; Tejero Pastor, L.; Oquillas Ceballos, Á.; Barbadillo Mariscal, B. Hospital Universitario, Burgos, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD062>

Anamnesis: Niña de 6 años que consulta en Urgencias por cuadro de 48 horas de evolución que inicia con lesión eritematosa a nivel de párpado inferior izquierdo, que evoluciona hasta extenderse a toda la cara. No edema lingual ni dificultad respiratoria. Fiebre en las primeras 24 horas, máxima 39°C (posteriormente afebril), prurito desde el segundo día y dolor desde el inicio. No clínica catarral. No toma de alimentos nuevos, no tratamientos farmacológicos, no picadura de insecto. Al inicio es tratada con amoxicilina a dosis de 50 mg/kg/día (dos dosis en total), que se suspende a las 20 horas por diagnóstico de angioedema secundario a cuadro vírico. Toma prednisolona oral 2 mg/kg/día y polaramine, sin embargo presenta empeoramiento progresivo de las lesiones. **Exploración clínica:** Eritema y tumefacción en zona facial, que respeta región nasogeniana y frente, con extensión a pabellón auricular izquierdo y mitad superior de cuello. Asimetría con mayor tumefacción en zona periocular y malar izquierda. Edema palpebral bilateral con motilidad ocular normal. No se visualiza puerta de entrada. Resto de exploración sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 265 mg/L y procalcitonina 2,5 ng/mL). Test rápido de estreptococo negativo. Ante sospecha de erisipela, con amplia extensión y rápida progresión, se decide ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico y corticoideo intravenoso. Valorada por Dermatología y Alergología descartando angioedema y apoyando el diagnóstico de infección cutánea bacteriana. Evolución clínica favorable, con resolución total de la clínica a los cinco días. **Conclusiones:** La erisipela consiste en una inflamación cutánea aguda, en placas, que afecta a las capas más superficiales de la piel y cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico. Los hemocultivos y los cultivos cutáneos tienen bajo rendimiento, por lo que ante la sospecha clínica debemos iniciar tratamiento antibiótico.

PD-063

NO TODO DOLOR ARTICULAR ES ARTRITIS

Arroyo Romo, M.T.¹; Salamanca Zarzuela, B.²; Acebes Puertas, R.²; Pérez Alonso, I.²; Sanz Fernández, M.¹; Fierro Urturi, A.M.¹; López Rojo, M.¹. - ¹Centro de Salud Pisuerga, Arroyo de la Encomienda, España; ²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD063>

Anamnesis: Niña de 8 años con dolor, edema, impotencia funcional y cierta deformidad en codo derecho sin referir traumatismo previo. Cuadro respiratorio febril la semana previa. Refiere cuadros similares en los últimos dos años tras sobreesfuerzos que remiten de forma espontánea. **Exploración:** TA: 109/65. Edema en codo y tercio superior del lado radial del antebrazo con hematoma en la zona de 2 cm. Dolor a la palpación a nivel de la flexura del codo. Extensión y pronosupinación activa y pasiva limitadas por dolor. Fuerza y sensibilidad conservadas. Pulsos distales presentes y simétricos. No edema en otras extremidades no otras alteraciones. **Pruebas complementarias:** - Rx: aumento de partes blandas a nivel de brazo y antebrazo; calcificaciones en su interior sugestivas de flebolitos. Incurvación

de cúbito y radio con corticales íntegras. - Analítica: hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, complemento, VSG, PCR, normales. ANA y HLA B27 negativos. Coagulación: dímero D 21.422 ng/ ml. - Ecografía: engrosamiento difuso de antebrazo con alteración de la musculatura extensora y pronadora. Múltiples estructuras vasculares malformativas extensas. - RMN: masa de partes blandas desde axila hasta muñeca derecha, polilobulada, con presencia de flebolitos, compatible con malformación venosa. Afecta al músculo braquial y bíceps, y en antebrazo infiltración difusa de la musculatura del compartimento anterior. Normalidad ósea. **Evolución:** Tratamiento con ácido acetilsalicílico durante 10 días si presenta edema o dolor. Valorado en Cirugía Vasculard indican escleroterapia. **Conclusiones:** - La artritis infantil es un motivo frecuente de consulta en Pediatría. Es necesario una adecuada anamnesis y exploración física para determinar las exploraciones complementarias indicadas. Se debe realizar un diagnóstico diferencial adecuado que incluye etiologías: infecciosa, inflamatoria, traumatológica, malformativa y tumoral. - Las malformaciones vasculares frecuentes en consulta de Pediatría de Atención Primaria, presentan clínica variable; el diagnóstico puede ser clínico y en ocasiones precisa la ecografía Doppler y la RMN para definir la extensión y planear tratamiento.

PD-064

IMAGEN NO ESPERADA EN RADIOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES: INCIDENTALOMA, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Jiménez Jiménez, A.P.; García Cortés, M.A.; Lopes Do Carmo, F.
Centro de Salud Pavones, Madrid, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD064>

Anamnesis: El fibroma no osificante (FNO) es una lesión ósea benigna con un defecto en el desarrollo del hueso cortical periosteal impidiendo la correcta osificación. Histopatológicamente, encontramos tejido fibroso dispuesto en remolinos, conteniendo células gigantes multinucleadas, pigmento hemosiderínico e histiocitos cargados de lípidos. Tiene una incidencia entre los 10-18 años, siendo más frecuente en varones (2:1). Su localización más frecuente es en las metafisis de los huesos largos de miembros inferiores (60 %). El *Gold Standard* para su diagnóstico es la radiografía, diagnosticado en el estudio por otro motivo (incidentaloma): suele observarse una laguna multilobulada situada en posición excéntrica contra la cortical del hueso en región metafisaria, que produce un abombamiento moderado de la cortical. La vigilancia de su evolución con radiografías suele ser suficiente. La confirmación diagnóstica, mediante biopsia, solo se justifica en caso de duda. **Exploración física:** Mujer 12 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que en el estudio por una sospecha de escoliosis se constata en localización lateral diafisis metafisaria distal de fémur izquierdo una lesión lítica excéntrica, con borde escleroso, de 2,5 cm de eje longitudinal, y en la diáfisis femoral del mismo lado, en localización excéntrica medial, una lesión esclerosa de 3 cm de eje longitudinal, con características ambas de baja agresividad, compatibles con FNO. La paciente no refiere síntomas asociados en esa localización, siendo la exploración normal. La evolución es buena, realizándose control radiológico cada 12 meses, sin cambios con respecto a la inicial y sin asociar sintomatología. **Conclusiones:** Es esencial poder distinguir una lesión ósea benigna y una maligna, por lo que debemos hacer hincapié en las características radiológicas especiales de cada una, así podremos ser capaces de distinguir una enfermedad que precisa únicamente control de otra que conlleva un riesgo vital.

PD-065

Y... ¿SI NAZCO SIN VÍA BILIAR?

Ferrín López, B.M.¹; Sánchez Espallardo, A.¹; Meca Garrido, J.E.²; Bernal Sebastián, P.²; Meseguer Hernández, A.³; Gil Ortega, D.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ²Centro de Salud, Vistalegre, La Flota, Murcia, España; ³Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD065>

Anamnesis: Lactante varón de 38 días de vida que acude a Urgencias remitido por su pediatra de Atención Primaria por ictericia generalizada. Inicio a partir de la primera semana de vida, con empeoramiento progresivo. Deposiciones acólicas, sin coluria. Afebril, sin cuadro infeccioso reciente. Apetito conservado, alimentación con lactancia mixta. Adecuado desarrollo ponderal. **Exploración clínica:** Peso: 4,2 kg Triángulo de evaluación: estable. Piel: coloración icterica de predominio en conjuntivas, cara y tronco. Abdomen: blando y depresible. Hepatomegalia de 2 centímetros. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos:** Analítica: bilirrubina total 9,47 mg/dl, bilirrubina directa 8,4 mg/dl. GOT 222 U/L, GPT 122 U/L, GGT 1.051 U/L, FA 896 UI/L. Vitamina D3 9,6 ug/L. Resto normal. Ecografía abdominal: a pesar del ayuno no se observa vesícula biliar. Tampoco dilatación de la vía biliar intra- ni extrahepática. Leve hepatomegalia. Gammagrafía con ácido iminodiacético hepatobiliar (HIDA): captación hepática, pero no se observa flujo hacia el intestino. **Procedimientos terapéuticos:** Ante el diagnóstico de sospecha de atresia de vías biliares extrahepática, se realiza laparotomía exploradora con colangiografía intraoperatoria. Esta técnica confirma el diagnóstico, por lo que se realiza la hepatoportoenterostomía (técnica Kasai), en espera de trasplante hepático. **Conclusiones:** - La atresia de vías biliares extrahepática es la causa más frecuente de colestasis crónica en la infancia y la indicación más frecuente de trasplante hepático. Incidencia 1-9 casos/100.000 habitantes. De origen multifactorial. - Se debe sospechar ante ictericia, hipoacolia y hepatoesplenomegalia entre las 2 y 6 semanas de vida. - El diagnóstico de confirmación requiere la realización de la colangiografía intraoperatoria. - El tratamiento es quirúrgico. Se añadirán fármacos favorecedores del flujo biliar (ácido ursodesoxicólico), vitaminas liposolubles y prevención y tratamiento de infecciones. - La edad en que se realiza la cirugía es el factor pronóstico más importante. Antes de las 8 semanas de vida se correlaciona con >70 % de restablecimiento de flujo biliar.

DEFENSA 7 – Jueves 19

PD-066

ADENITIS CERVICAL: ¿Y AHORA QUÉ?

Bermúdez Díaz, A.¹; Clavero Sánchez, S.¹, Gómez Hernando, V.²; Mestre De Juan, M.². - ¹Hospital del Niño Jesús, Madrid, España; ²CS Los Alperchines, San Fernando de Henares, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD066>

Introducción: La adenitis cervical es una patología muy frecuente en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. Existen muchas patologías implicadas en su desarrollo cuyo diagnóstico diferencial, además de basarse en la anamnesis y exploración física, se focaliza en la presencia de adenopatías unilaterales, bilaterales, agudas, subagudas o crónicas. Presentamos el caso de una adolescente que debuta con clínica de una adenopatía palpable unilateral aguda. **Anamnesis:** Adolescente de 13 años con adenopatía cervical lateral de 24 horas de evolución, febrícula, astenia y odinofagia, presentando a las 48 horas adenopatías cervicales bilaterales. No antecedentes personales ni familiares de interés ni contactos infecciosos previos. **Exploración**

física: FC: 140 lpm; T^a: 37,3°C; Saturación O₂: 99 %. Triángulo de evaluación pediátrica estable. No aspecto séptico, exantemas ni petequias. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar. Adenopatías cervicales, la mayor de 2,5 cm de diámetro, rodadera, de consistencia gomosa, sin cambios en piel suprayacente. **Pruebas complementarias:** - Test de estreptococo: negativo. - Ecografía cervical: adenopatías cervicales bilaterales con ecoestructura conservada e hilio central, la mayor de 2 cm de diámetro en región cervical izquierda. Tiroides sin alteraciones. - Analítica: linfocitosis con linfocitos activados y PCR 13 mg/L. Coagulación alterada con actividad de protrombina de hasta 68,3 %, elevación de transaminasas de hasta 1232 U/L de GPT, GOT 718 U/L y GGT de 86 U/L. Resto normal. - Serología frente a VEB, CMV y toxoplasma negativas. - Anticuerpos heterófilos positivos. **Conclusiones:** Ante la presencia de adenopatías cervicales en pacientes ambulatorios, es de gran importancia realizar un diagnóstico diferencial según la anamnesis, tiempo de evolución y signos de alarma de adenopatías (consistencia dura, adheridas, supraclaviculares, crecimiento rápido sin inflamación o síntomas constitucionales). Esto decidirá las exploraciones complementarias y seguimiento a realizar en cada caso.

PD-067

LAS ENFERMEDADES TROPICALES ESTÁN CADA VEZ MÁS CERCA, MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR

Cegarra Besora, A.; Mora Gri, L.; Santamaría Sacristán, S.; García Franco, E. - CAP Plana Lledó, Mollet del Valles, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD067>

Anamnesis: Niño de 5 años que consultó por clínica iniciada hacía 2 semanas, mientras realizaba un viaje familiar por Cuba. Presentó síndrome febril asociado a exantema generalizado y diarrea, que se autolimitó en 5 días. Otro familiar presentó sintomatología similar. Ningún caso requirió hospitalización. No utilizaron repelente antimosquitos ni otras medidas preventivas. **Exploración física:** Exploración física anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante clínica y antecedentes epidemiológicos descritos se realizó analítica sanguínea, incluyendo: hemograma, bioquímica general y serologías de dengue (inmunoglobulina M (IgM) e inmunoglobulina G (IgG)). El resultado serológico fue positivo para IgM y negativo para IgG, orientándose diagnóstico de infección aguda por dengue, sin otros hallazgos patológicos. No requirió tratamiento. Se dieron recomendaciones preventivas para evitar nueva exposición al mosquito que actúa como vector. **Conclusiones:** - El virus del dengue es una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, presente en regiones tropicales y subtropicales, con una incidencia creciente en los últimos años. Clínicamente, puede ser asintomática o manifestarse de forma inespecífica (fiebre, artralgias, dolor abdominal, exantema...). Algunos casos pueden derivar a fiebre hemorrágica o "shock". - Es importante diagnosticarlo, puesto que la reinfección es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología de mayor gravedad. En nuestro caso, el método más recomendado fue la serología, ya que la IgM puede mantenerse positiva hasta 3-4 semanas tras la infección aguda. - Para el tratamiento agudo de los casos leves se recomiendan antipiréticos, evitando antiinflamatorios. Es importante identificar a los pacientes con fiebre hemorrágica, tributarios a hospitalización. - Las medidas de prevención son el método más eficaz para evitar la enfermedad y sus complicaciones, siendo la Atención Primaria un pilar muy importante en la detección de pacientes que viajen a zonas endémicas. Ante el creciente aumento de enfermedades tropicales en nuestro medio es fundamental fomentar la formación en salud internacional de los pediatras.

PD-068

ALERTA SANITARIA: INFECCIÓN INVASIVA GRAVE POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

Ferrín López, B.M.¹; Sánchez Espallardo, A.¹; Meseguer Hernández, A.²; Plaza Sánchez, E.¹; Guimerá Pérez, I.¹; Pérez Cánovas, C.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; ²Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD068>

Anamnesis: Lactante varón de 10 meses trasladado a Urgencias desde su centro de salud (CS) por shock séptico descompensado. Acude a su CS por fiebre de 36 horas de evolución, máximo 38,5°C, con empeoramiento progresivo del estado general y tiraje respiratorio extremo. Como antecedente, su hermana de 3 años estaba cursando cuadro de escarlatina con test *Streptococcus pyogenes* (SGA) positivo. Su pediatra aprecia inestabilidad generalizada (pulsos débiles, frecuencia cardíaca (FC) 150 lpm, frecuencia respiratoria 42 rpm, saturación indetectable, tensión arterial 70/40, Glasgow 9/15). Se canaliza vía intraósea y se administra expansión de volumen y antibioterapia. Tras vómito, presenta bradicardia extrema y apnea, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Al minuto, recupera FC y se mantiene con ventilación con bolsa autoinflable. Durante su traslado, sufre deterioro con asistolia. A su llegada a Urgencias, se mantienen maniobras de RCP avanzada, sin recuperación de signos vitales. Se certifica exitus. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación: insuficiencia Cardiorrespiratoria. Piel pálida y moteada. Cianosis central. **Procedimientos diagnósticos:** Bioquímica: glucosa 3 mg/dL, sodio 122 mEq/L, potasio 25 mEq/L. GOT 7.520 U/L, GPT 3.665 U/L, LDH 11.410 U/L. Troponina T 135 pg/ml, NT-proBNP 122.430 pg/mL. Proteína C reactiva: 33 mg/dL. Procalcitonina 6 ng/mL. Actividad protrombina 35 %. Hemograma: sin alteraciones. Hemocultivo, cultivos de líquido pericárdico, pleural y exudado faríngeo: positivos para SGA. **Diagnóstico:** Shock séptico por SGA. Coagulación intravascular diseminada. **Conclusiones:** - El SGA habitualmente causa infecciones de vía aérea superior (amigdalitis o escarlatina). Desde diciembre de 2022 se declaró en Reino Unido una alerta sanitaria sobre el aumento de infecciones invasivas por este microorganismo. - El objetivo de este caso es mostrar un ejemplo de infección invasiva por SGA en nuestro medio. - Por las posibles complicaciones, se recomienda mantener en domicilio a todos los niños con infección confirmada por SGA hasta llevar 24 horas con un tratamiento antibiótico adecuado, para evitar el aumento de casos.

PD-069

TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS INCOERCIBLES EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA DE USO DEL ONDANSETRÓN EN UN EQUIPO DE PEDIATRÍA DE PRIMARIA

Fernández Díaz, V.; Tur Claramunt, L.; Gorina Ysern, N.; Rosich, I.; García Moreno, J.; Sabaté Alborna, S.; Ago, C.; Roeschlin, J.J.; Pérez Lacasta, P.; Fernández Arranz, P. Equipo Atención Pediátrica Alt Penedès, Vilafranca del Penedès, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD069>

Objetivo: Ondansetrón es un antiemético eficaz en la reducción de vómitos en la edad pediátrica. Su uso ha sido avalado en estudios para las gastritis con deshidratación leve/moderada. Hasta ese momento la administración de ondansetrón se había realizado únicamente a nivel hospitalario. Se planteó un estudio para analizar la utilización de ondansetrón en la consulta pediátrica de Atención Primaria. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de mayo a diciembre 2022, en el ámbito de Atención Primaria pediá-

trica. Previamente, se elaboró un protocolo para el manejo de vómitos incluyendo: selección de pacientes, indicación terapéutica, dosificación según peso, valoración de escalas de deshidratación, criterios de derivación y algoritmo de actuación. El protocolo fue aprobado por la comisión farmacoterapéutica territorial, y se incluyó ondansetrón 4 mg bucodispersable, como medicamento de uso interno para la consulta pediátrica. **Resultados:** Se administró ondansetrón a 76 niños/as, media de edad 7 años, 35,53 % niñas. Diagnósticos registrados: 47,37 % náuseas/vómitos; 23,68 % infección intestinal vírica no especificada; 28,95 % otros. La dosificación fue ajustada a peso. El 69,74 % recibió 4 mg bucodispersable. El 28,95 % de casos requirió una dosis individualizada. El consentimiento fue verbal y se reflejó en el curso clínico, así como la indicación y dosis administrada. No se registró ningún efecto secundario. La disminución de derivaciones fue remarcable. **Conclusiones:** Nuestro estudio apoya la eficacia y seguridad de ondansetrón en los vómitos incoercibles desde Primaria. Ante la elevada presión asistencial en el territorio, evitar derivaciones a Urgencias hospitalarias de este grupo poblacional, justifica el uso de ondansetrón en primaria.

PD-070 FARINGOAMIGDALITIS COMPLICADA: SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Salcedo Fresneda, O.¹; Mesa Lombardero, E.¹; Muñoz Lumbreras, M.¹; Alonso Alonso, A.¹; Santos Gómez, L.¹; Vega López, L.¹; Quesada Colloto, P.²; Segura Ramírez, D.K.².

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España;

²Centro de Salud Naranco, Oviedo, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD070>

Caso clínico 1: Niño de 3 años con antecedente de sepsis por *Streptococcus pyogenes* y 3 episodios de faringoamigdalitis aguda estreptocócica (FAA) en los últimos 3 meses con otitis media aguda intercurrente, tratados correctamente con penicilina, amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, que acude al Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) derivado por su pediatra, por nuevo episodio de FAA en tratamiento con penicilina y posteriormente amoxicilina-clavulánico, con persistencia de picos febriles de 39°C. **Exploración física:** Hiperemia faríngea y amígdalas congestivas. Analítica sanguínea: leucocitosis (13.570) con neutrofilia (9.710), proteína C reactiva (PCR) 12,4, procalcitonina 0,18. Ante exploración física anodina y persistencia clínica, se realiza interconsulta a Otorrinolaringología (ORL). Ingres para vigilancia evolutiva con amoxicilina-clavulánico intravenoso. Al día siguiente, impresiona de discreta asimetría amigdal ar izquierda. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC), hallándose un absceso periamigdalino izquierdo. Se realiza amigdalectomía, con resolución clínica posterior. **Caso clínico 2:** Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, que acude a su pediatra por odinofagia y otalgia de 48 horas de evolución. Afebril. **Exploración física:** hiperemia faríngea e hipertrofia amigdal ar, sin exudados y timpanoscopia normal. Se realiza test de diagnóstico rápido de estreptococo (TDR), que es negativo. Tras 72 horas, acude al SUP, por persistencia de odinofagia y aparición de trismus, voz gangosa y febrícula. **Exploración física:** Abombamiento del pilar amigdalino derecho. Analítica sanguínea: leucocitosis (12.890) con neutrofilia (9.570), PCR 2,5, procalcitonina 0,18; TDR, cultivo faríngeo y hemocultivo negativo. Es valorada por ORL que realiza drenaje de absceso periamigdalino e ingresa con amoxicilina-clavulánico intravenoso, siendo dada de alta a las 48 horas con antibioterapia oral. **Conclusiones:** Debido al incremento de FAA bacterianas, se ha constatado un aumento de complicaciones derivadas de la misma, como los

abscesos faríngeos y las glomerulonefritis postinfecciosas. Para un abordaje y tratamiento precoces, hemos de sospecharlas ante una evolución tórpida o aparición de nuevos datos clínicos.

PD-071 ¿DULCES SUEÑOS?

Mateos Torre, P.; Sánchez Durán, M.Á.; Erroz Ferrer, M.; Álvarez García, J.; Mesa Helguera, S.; Campo De La Fuente, M. Hospital de Navarra, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD071>

Anamnesis: Niña de 3 años que acude a su pediatra de Atención Primaria por presentar desde hace meses sueño fragmentado con somnolencia diurna. Para alcanzar un diagnóstico correcto y su resolución eficaz en el plazo de un año, es necesario aplicar el algoritmo diagnóstico específico de los trastornos del sueño. **Diagnóstico y tratamiento:** Este se inicia cumplimentando la agenda del sueño. En nuestro caso se observa un tiempo total de sueño disminuido para la edad (8-9 horas/día, <p2) y 1-2 despertares nocturnos cada noche. Se rellena el formulario BEARS que confirma trastorno del sueño (4/5 respuestas positivas) y, posteriormente, el cuestionario Bruni, que resulta positivo para trastorno general del sueño (81 puntos), dependiente, especialmente, de problemas respiratorios, movimientos excesivos y alteraciones del tránsito vigilia/sueño. Además de indicarse medidas higiénico-ambientales del sueño, y siguiendo la orientación diagnóstica del cuestionario Bruni, se rellenan los cuestionarios específicos de Chervin (para trastornos respiratorios del sueño) y de Owens (para síndrome de piernas inquietas), resultando ambos positivos. Atendiendo al Owens, se realiza analítica sanguínea que descarta hipoferritinemia (permitiendo diagnosticar de movimientos periódicos del sueño). Dada la sospecha clínica de patología respiratoria y la asociación de otitis serosas de repetición con timpanometría plana, se deriva al Servicio de Otorrinolaringología quienes aprecian mediante nasofibrolaringoscopia clara hipertrofia adenoidea. Se realiza adenoidectomía con notable mejoría posterior de la dinámica de sueño. **Conclusiones:** - Los trastornos del sueño son un motivo de consulta en Atención Primaria y no deben ser infravalorados. Además, se deben descartar siempre signos de alarma que orienten a patología orgánica. - Es importante realizar una anamnesis detallada, la realización de una agenda del sueño y cuantificar las horas de sueño totales. - Una vez diagnosticado el trastorno del sueño, distintos cuestionarios generales y específicos nos orientan hacia distintas entidades y las pruebas complementarias o derivaciones que se deben realizar.

PD-072 KLIPPEL-TRÉNAUNAY: LO QUE LA DISMETRÍA ESCONDE

Fernández Ruiz, C.; Calles Ledezma, M.; Artigas Rodríguez, S.; Salvá Núñez, R.; Téllez Visa, M.; Finestres Parra, A. CAP Sagrada Familia. CSI, Barcelona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD072>

El síndrome de Klippel-Trénaunay es una entidad poco frecuente, cuya tríada clásica incluye la presencia de hemangiomas, varicosidades e hipertrofia unilateral de la extremidad afecta, manifestándose generalmente desde la primera infancia. En su etiología está implicada la mutación del gen PIK3CA, compartida con otros síndromes de hipercrecimiento. Presentamos un caso de diagnóstico tardío por complicaciones derivadas de estigmas clínicos previamente infravalorados. Paciente varón con antecedente de angioma glúteo congénito

que autoinvolucionó en el primer año de vida. A los 4 años se detectó disimetría de extremidades inferiores, que motivó seguimiento en traumatología precisando alza por progresión. A los 8 años consultó por debut agudo de pesadez y hormigueo en pierna izquierda, objetivándose aumento de volumen y temperatura y cordón varicoso abultado del muslo izquierdo. Fue remitido a Urgencias, cursándose eco-Doppler que descartó trombosis venosa profunda y angiorresonancia que mostró dilatación del sistema venoso superficial e intramuscular del muslo y pierna izquierdas. Se descartaron trastornos trombofílicos, y se completó estudio con ecocardio y eco abdominal. Se inició tratamiento con enoxaparina por sospecha de trombosis venosa superficial con buena evolución clínica. Preciso epifisiodesis de fémur y tibia a los 13 años por disimetría total de 3 centímetros con corrección completa. Actualmente mantiene molestias, pesadez e hinchazón de la extremidad que alivia con presoterapia y medias compresivas, y está pendiente de estudio genético. La gran variabilidad de presentación clínica y cronológica obliga a mantener un alto grado de sospecha. Si bien se trata de un proceso benigno, su cronicidad y morbilidad asociadas requieren de un seguimiento multidisciplinar, siendo las medidas terapéuticas en su mayoría sintomáticas o mínimamente invasivas dirigidas a paliar las molestias y complicaciones, mejorar la calidad de vida y acompañar psicológicamente al paciente. El estudio genético ha abierto una puerta a la posibilidad de prevención y al abordaje terapéutico precoz.

PD-073

"A MI HIJO SE LE PONEN LAS OREJAS COLORADAS". SÍNDROME DE LA OREJA ROJA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Perera, R.; Escolano Díez, L.; Pareja Malcorra, O.;

Castro Rodríguez, L.; Díaz García, A.; Seoane Cea, Á.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. - <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD073>

Introducción: El síndrome de la oreja roja es un síndrome de origen neurovascular caracterizado por episodios paroxísticos de enrojecimiento y dolor o quemazón del pabellón auricular. Suele asociarse a cuadros de migraña infantil. Se produce por una vasodilatación excesiva secundaria a una activación de las fibras parasimpáticas. La mayoría de los casos son unilaterales, pero puede haber afectación bilateral o producirse de forma alternante. El tratamiento es conservador. **Anamnesis y exploración clínica:** Varón de 5 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que presenta desde hace 1 mes episodios de repetición autolimitados de enrojecimiento de ambos pabellones auriculares con sensación de quemazón y disestesia asociados a estrés emocional (le ocurre cuando juega a la PlayStation). Le alivia la aplicación de hielo local. A la exploración presentaba eritema y leve tumefacción del pabellón auricular derecho sin otros signos locales de inflamación. A la palpación refiere disminución de la sensibilidad, sin dolor. Otoscopia bilateral normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras descartar la presencia de condritis, vesículas o costras en el pabellón auricular, así como afectación a otros niveles, se llega al diagnóstico de síndrome de oreja roja. El tratamiento propuesto fue la aplicación de frío local y la compresión manual durante los episodios, presentando excelente respuesta. **Conclusiones:** - El síndrome de la oreja roja es infrecuente en Pediatría, pudiendo estar asociado a migraña. También puede aparecer de forma espontánea o desencadenarse por estrés o bruxismo. - El diagnóstico es clínico con una anamnesis y exploración física detallada, tras descartar otros cuadros como pericondritis, dermatitis de contacto, urticaria por presión, etc. - El tratamiento es sintomático con buena respuesta.

PD-074

PUNTITO BLANCO EN EL OJO

Sánchez Velez, M.T.¹; Gutiérrez González, E.P.¹; Aparicio Ríos, P.²; Polo De Dios, M.³; Domínguez Villoria, M.⁴.

¹EAP María Auxiliadora, Béjar, España; ²GAP Zamora, Benavente, España;

³Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ⁴GAP Zamora, Zamora, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD074>

Anamnesis: Paciente de 21 días que acude a consulta de Pediatría que habría correspondido a los 15 días. En ese momento la madre nos comenta que tiene "un puntito blanco en el ojo izquierdo". **Exploración clínica:** Se objetiva punto blanco en el centro de la pupila izquierda, apreciable a simple vista. Reflejo rojo conservado de forma bilateral. No leucocoria. **Procedimientos diagnósticos:** Se deriva urgente a Oftalmología que diagnostica catarata polar anterior. Exploración oftalmológica: fondo de ojo normal. Cristalino ojo izquierdo con opacidad polar anterior. Hipermetropía (astigmatismo hipermetrópico compuesto). No se aprecia estrabismo. **Procedimientos terapéuticos:** Se recomienda tapar el ojo derecho una hora al día y revisiones periódicas de agudeza visual. La paciente actualmente presenta 2 años de edad, con agudeza visual conservada, buen seguimiento de objetos, buena fijación. Ortoforia. **Conclusiones:** El diagnóstico de las cataratas congénitas sigue suponiendo un desafío para los pediatras de Atención Primaria, ya que representan una amenaza para la visión al detener la maduración y desarrollo visual normal en los niños. El diagnóstico muchas veces se hace tarde, ya que no solemos disponer de una buena colaboración para las exploraciones por parte del recién nacido-lactante. El pronóstico visual dependerá de la ambliopía ocasionada por la catarata, la cual depende a su vez de la edad del paciente en el momento del diagnóstico, así como de la morfología de la catarata, si esta es uni o bilateral, y de la precocidad del tratamiento quirúrgico si este es preciso. Suelen ser los padres o cuidadores habituales los primeros en detectar la lesión, por lo que es vital prestar atención a sus apreciaciones.

PD-075

DIFERENCIAS EN LAS PERCEPCIONES ENTRE PADRES Y PEDIATRAS EN PATOLOGÍAS LEVES DE LA INFANCIA

Martín, L.B.¹; Guisado Rasco, M.C.²; Santamaría Orleans, A.³; Delgado Ojeda, J.³; Coronel Rodríguez, C.².

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España; ³Laboratorio Ordesa, Barcelona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD075>

Introducción: Existen grandes diferencias entre la percepción de las familias y pediatras respecto al tratamiento y seguimiento de las enfermedades respiratorias leves en la infancia. **Objetivos:** Contrastar las diferentes percepciones de los pediatras respecto a las familias en relación con las infecciones respiratorias leves en la población infantil. **Material y métodos:** Encuesta online a pediatras de AP mediante mailing a una base de datos de 5.000 especialistas. Invitación a participar a padres a través de redes sociales y revistas. Posteriormente, realizar la comparación estadística de las cuestiones coincidentes en ambas encuestas. **Resultados:** En total, se han recogido datos de 504 pediatras y 1.447 familiares (N = 1951). Según el 34,46 % de los pediatras, los padres acuden de forma habitual al pediatra sin visita programada, y solo según el 27 % de padres. Solo el 4 % de los padres refieren haber automedicado a su hijo, mientras que los pediatras elevan ese porcentaje de forma significativa hasta el 48 %. Respecto a la pregunta: "es normal que un niño/a tenga una media de 4 resfriados al año", solo el 25,5 % de las familias encuestadas está "muy de acuerdo" a diferencia del 70,2 % de los pediatras. El 72,8 % de los pediatras está

“muy de acuerdo” con: “en mi opinión, es bueno que los niños se pongan enfermos para mejorar su sistema inmunitario” reducido al 45,9 % de los padres. Las consultas por patologías leves suponen una “elevada carga de trabajo” para el 60,9 % de pediatras, mientras que esa opinión es reconocida solo por el 18,9 % de las familias encuestadas. **Conclusiones:** Nos encontramos ante una serie de enfermedades que son comunes y banales desde el punto de vista del pediatra pero que, sin embargo, son un gran problema en la conciliación laboral-familiar para muchos familiares españoles.

PD-076

ORO PARECE, PLATA NO ES. SOSPECHA DE ALERGIA ALIMENTARIA EN LACTANTE

Santiago Boyero, C.; García Iglesias, F.; Alcaide Baena, C.; Cadenas Villegas, A.S.; Salas Navareño, R.; Anaya López, B.; González Vega, N. - Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD076>

Introducción: El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal es una patología poco frecuente en el paciente pediátrico. Se produce por la lesión del nervio trigémino seguido de una reparación aberrante del mismo, llevando a cabo una activación simultánea de las glándulas salivares y de los vasos cutáneos y glándulas sudoríparas. Cuando el paciente recibe un estímulo gustativo se observa la aparición de eritema y sudoración de la región facial correspondiente al recorrido de este nervio. Suele aparecer en adultos, relacionado con traumatismos, cirugías, infecciones o tumores. En Pediatría se asocia principalmente al nacimiento mediante un parto distócico. **Descripción del Caso:** Lactante de 7 meses que acude a su pediatra de Atención Primaria por erupción cutánea eritematosa periocular y en hemifrente izquierda tras probar por primera vez el plátano, la cual cedió de manera espontánea. La primera sospecha se centra en una reacción alérgica. Entre sus antecedentes obstétricos destaca una terminación del parto mediante cesárea urgente. Se cita a la paciente posteriormente, dándole a probar el limón. Unos minutos tras la ingesta, la lactante presenta una erupción cutánea eritematosa en hemicara izquierda similar a la anterior. Tras el cese de esta, la paciente vuelve a probar el plátano, reapareciendo el eritema facial. Con esta prueba, la sospecha principal es que nuestra paciente no tiene alergia al plátano, sino que se trata de un caso de síndrome de Frey. **Conclusión:** Esta entidad suele observarse en el lactante, coincidiendo con la introducción de la alimentación complementaria. El diagnóstico es clínico y su curso es autolimitado. El síndrome de Frey frecuentemente pasa desapercibido en Pediatría, confundiéndose con una alergia alimentaria y derivándose al especialista. La identificación de esta patología en Atención Primaria permite evitar derivaciones innecesarias y sus consecuencias, como restricciones dietéticas y la realización de pruebas complementarias.

DEFENSA 8 – Jueves 19

PD-077

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE: CASO DE CROHN

Segura Roca, À.; Cano Sanz, L.; Pinto Rosas, M.; Chuecos, M.; Castillo, L. - CAP Rocafonda, Mataró, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD077>

Anamnesis: Niña de 8 años que consulta por dolor abdominal recurrente (DAR) de 6 meses de evolución. Vómitos y pérdida de peso. Hiporexia por dolor durante las comidas y alivio tras el vómito. Estreñimiento que se resuelve con dieta y laxantes, persistiendo DAR.

Sospecha de anorexia nerviosa, derivada al servicio de Psicología. Pérdida de peso progresiva con aparición de astenia y sudoración nocturna y febrícula. Aftas orales. Múltiples visitas con diferentes profesionales, sin tener un control de peso y visión global de la evolución de la paciente que retrasa el diagnóstico definitivo. **Exploración clínica:** IMC 17,3 (19,7 inicialmente). Abdomen doloroso a la palpación de hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias. Tanner MIP1. Palidez cutánea. **Procedimientos diagnósticos:** Analítica sanguínea con aumento de reactantes de fase aguda y anemia ferropénica. Sangre oculta en heces: positiva. Calprotectina fecal: positiva. Gastroscopia/Colonoscopia: sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn (EC) con afectación colónica y valvular. Biopsias: compatible con EC. **Procedimientos terapéuticos:** Tratamiento con hierro endovenoso, dieta de exclusión con Modulen® e Immurel® presentando mejoría sintomática y analítica. **Conclusiones:** El DAR es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria. Imprescindible el seguimiento lineal de los pacientes con DAR para detectar signos de alarma, para descartar patologías orgánicas. La EC puede presentarse con dolor abdominal y diarrea con o sin sangre y más característicamente con baja de peso o retraso del crecimiento. Manifestaciones extraintestinales que pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad, y se presentan más frecuentemente en niños que en adultos, siendo más habitual su presencia en la EC que en la colitis ulcerosa (CU). Puede haber fiebre, anemia, astenia y anorexia.

PD-078 GALACTOSEMIA

Segura Roca, À.; Cano Sanz, L.; Castillo Alonso, L.; Chuecos, M.; Pinto, M. - CAP Rocafonda, Mataró, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD078>

Anamnesis: Lactante de 2 meses que acude a la revisión del niño sano y presenta estancamiento ponderal, ictericia de 1-2 semanas de evolución, coluria y acolia. Padres consanguíneos, parto extra-muros a término, peso adecuado. **Exploración clínica:** Ictericia mucocutánea, hepatomegalia de 2 traveses y esplenomegalia de 1 través. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Derivado a Urgencias donde se detecta hiperbilirrubinemia directa con aumento de transaminasas y alteración de la coagulación. Derivado a hospital de 3^{er} nivel para estudio. Clínica, analítica e imagen ecográfica compatible con atresia de vías biliares. Laparotomía exploradora. Colangiografía intraoperatoria. Biopsia hepática. Estudio metabólico normal. Sospecha de infección congénita por citomegalovirus. Sospecha de síndrome de Alagille, se amplía estudio con valoración oftalmológica, ecocardio, estudio de orina y radiografía de tórax. Estudio de ácidos biliares en sangre y orina. Exoma: homocigoto, del cambio patogénico c.404C >T (p.S135L) en el gen GALT. Galactosa-1-P de 3,7 al diagnóstico, posteriormente <0,6. Inicialmente se pauta retinol, calcifediol, tocoferol, fitomenadiona, valganciclovir, ursochol y lactancia materna a demanda. Ante desnutrición grave y fracaso de suplementación oral, se coloca sonda nasogástrica. Tras diagnóstico se retira lactancia materna y se inicia fórmula de soja con recuperación pondoestatural. Se interviene de cataratas a los 10 meses de edad. **Conclusiones:** La galactosemia es un trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo de la galactosa. La deficiencia de GALT representa la forma clásica de la enfermedad e impide el paso de galactosa-1-fosfato a glucosa-1-fosfato. Incidencia 1/45.000 recién nacidos. Clínica: rechazo del alimento, vómitos, falta de medro, deterioro neurológico, catarata, fallo hepático, hepatomegalia, ascitis y diátesis hemorrágica, tubulopatía proximal,

déficit inmunitario y manifestaciones tardías como disminución del coeficiente intelectual, dispraxia verbal, temblores cerebelosos, movimientos extrapiramidales y disfunción ovárica con hipogonadismo. La galactosemia debe sospecharse en todo paciente con síndrome colestásico neonatal; debe considerarse el inicio de una dieta libre de galactosa, actualmente el único tratamiento disponible.

PD-079
INTOLERANCIA HEREDITARIA A LA FRUCTOSA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

Pareja Malcorra, O.; Gómez Perera, R.; Escolano Díez, L.; Castro Rodríguez, L.; Díaz García, A.; Murray Hurtado, M.; Del Brio Castillo, R.; Martín Rivada, A.; Gutiérrez Nieto, A.; Mederos, A. - Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD079>

Anamnesis: Niña de 7 años con antecedente de rechazo de la alimentación complementaria desde el inicio de la misma y fallo de medro a partir del año de vida. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En análisis de sangre presenta hemograma, glucemia, perfil renal dentro de la normalidad con elevación de transaminasas, fosfatasa alcalina, LDH y CPK. La ecografía abdominal objetivó hepatomegalia con zonas focales de mayor ecogenicidad perivesiculares y anteriores a la porta hepática, sugestivos de esteatosis geográfica. En el estudio genético se evidenciaron dos variantes patogénicas en heterocigosis en el gen ALDO-B, confirmando el diagnóstico. Se instauraron medidas dietéticas con restricción en la dieta y en preparaciones farmacológicas de fructosa, sacarosa y sorbitol. Se pautó vitamina C a dosis de 75 mg/día y de ácido fólico (0,4 mg/día). El cumplimiento dietético ha sido bueno, así como la evolución general y antropométrica. En su última revisión con 10 años: peso: 34,5 kg (p47), talla: 131,5 cm, IMC: 19,95 mg/m² (p69), resolviéndose las alteraciones analíticas, si bien persiste la esteatosis hepática. **Conclusiones:** La intolerancia hereditaria a la fructosa es un error congénito del metabolismo de la fructosa. Enfermedad autosómica recesiva producida por una alteración en la enzima Aldolasa B (habitualmente por mutaciones en el gen ALDOB). Se estima una incidencia de 1/20.000 recién nacidos. La clínica habitual se produce tras la ingestión de alimentos con fructosa, originando náuseas, vómitos, hipoglucemia e incluso letargia, convulsiones y coma. La historia clínica es esencial para el diagnóstico, siendo el fallo de medro y la aversión o la sintomatología ante la ingesta de alimentos dulces muy características. El tratamiento es dietético, evitando la ingesta de fructosa y azúcares relacionados, en caso de no iniciar el mismo, puede provocarse hepatopatía o nefropatía entre otras. Se debe tener especial precaución con los jarabes y soluciones azucaradas.

PD-080
DEBUT DE ATROFIA MEDULAR ESPINAL EN LACTANTE
<6 MESES: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ
Y CONOCIMIENTO DE DATOS DE ALARMA DESDE
ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández Fuentes, C.; Muñoz Torres, M.; Santana Mateos, M.; Capdevila Salvans, B.; Buzón Pérez, G.; Abreu Fernández, C.; López Lozano, M.J. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD080>

Paciente de 4 meses que consulta en su centro de salud por irritabilidad marcada y anorexia en las últimas horas. La madre refiere menor movimiento espontáneo a nivel de miembros inferiores desde que

nació. **Antecedentes personales:** Obstétricos: 41 seg. No polihidramnios. Movimientos fetales. Cesárea por bradicardia fetal. No factores de riesgo de sepsis neonatal precoz. Apgar 10/10. Periodo neonatal sin incidencias. - Programa del niño sano realizado sin incidencias. - Ganancia ponderal adecuada. Peso al nacimiento: 2.910 g (bajo peso para la edad gestacional). **Exploración física:** - Buen estado general, normohidratado y normoperfundido. - Por aparatos, alteración en la exploración neurológica presentando: - Sonrisa afectiva. Balbuceo. - Postura en libro abierto. Sostén cefálico incompleto que se agota. - Marcada hipotonía axial y periférica: en suspensión ventral cae la cabeza. Escaso movimiento espontáneo antigraavitatorio más marcado en MMII. - Succión presente y agotable. Fasciculaciones linguales. - No sensibilidad en MMII sin retirada ni llanto ante el dolor. - Arreflexia global. Derivación a hospital de referencia e ingreso para valoración por Neuropediatría e inicio de estudio de posible enfermedad neuromuscular (atrofia medular espinal). Se solicita estudio genético de atrofia medular espinal, estudio analítico, estudio cardiológico, neurofisiológico, ecografía abdominal y cerebral. Tras confirmación genética del diagnóstico (atrofia medular espinal tipo 1c), se inician terapias de fisioterapia hospitalaria, atención temprana, abordaje multidisciplinar y terapia génica tras verificación de pruebas complementarias y criterios de inclusión/exclusión. **Conclusiones:** La atrofia medular espinal es un trastorno neuromuscular donde el diagnóstico precoz para el inicio de terapias modificadoras de la enfermedad es de vital importancia. Por ello, desde Atención Primaria, el conocimiento e identificación de signos de alarma neurológicos (hipotonía axial/periférica marcada, posición en libro abierto...) y la realización de una adecuada exploración neurológica (arreflexia, detección de fasciculaciones linguales, agotamiento muscular...) constituyen la clave para la identificación de importantes patologías neurológicas en Pediatría.

PD-081
HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA,
A PROPÓSITO DE UN CASO

Montes Araujo, P.D.C.; López Lozano, M.J.; De La Fuente Sánchez, L.; Silva Caparrós, N. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD081>

Mujer, 14 años, consulta por cefalea intensa y diplopía de 2 días de evolución. Describe dolor continuo, punzante y opresivo, de predominio frontal, con sensibilidad ante estímulos luminosos y sonoros. Le despierta por la noche. Dos vómitos. Niega clínica catarral. Afebril. Valorada por Oftalmología, detectando papiledema bilateral en fondo de ojo. Se realiza tomografía axial computarizada cerebral de urgencia, sin objetivar hallazgos patológicos. **Exploración:** Regular estado general, afectada por el dolor. No exantemas ni petequias. Eupneica. Abdomen blando y depresible. Limitación de la movilidad del VI par craneal bilateral, de predominio izquierdo. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos osteotendinosos normales. No disimetrías. Marcha normal. No meningismo. Ingresada para estudio y tratamiento de cefalea de difícil control con analgesia intravenosa. Empeoramiento de cefalea en las primeras horas, con necesidad de analgesia intravenosa frecuente, así como de oscuridad y ausencia de ruidos. Se realiza resonancia magnética nuclear, sin anomalías significativas. Se decide hacer punción lumbar diagnóstica evacuadora, obteniéndose una presión de salida de líquido cefalorraquídeo (LCR) de más de 55 cm de agua (normal 20-25), con normalidad en la citoquímica, por lo que se confirma hipertensión craneal benigna de la infancia. Tras evacuación de LCR, la paciente experimenta mejoría progresiva,

cambiando a medicación oral. Se procede al alta con tratamiento con acetazolamida oral, analgesia oral que precise y control por Oftalmología y Neuropediatría en consultas. La parálisis de VI par, propia de esta entidad, presenta mejoría paulatina durante el ingreso, siendo leve el día del alta. **Conclusiones:** La cefalea es una causa frecuente de consulta. Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración física, e investigar los signos de alarma. Ante la presencia de estos y con normalidad de las pruebas complementarias, la hipertensión intracraneal benigna es una posible etiología a tener en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial.

PD-083

“MI HIJO TUERCE EL CUELLO”: A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Bethencourt, M.; Santos Cañón, R.; Lanero Olivencia, B.; García Díaz, F.J.; Andrade Díaz, C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD083>

La tortícolis es un signo clínico que consiste en el giro del cuello con inclinación de la cabeza hacia un lado y del mentón hacia el lado contrario. Es importante recordar que puede enmascarar patologías graves que requieran actuación inmediata. **Anamnesis:** Lactante de 7 meses sin antecedentes personales de interés, con desarrollo psicomotor normal, que consulta por movimientos paroxísticos de lateralización del cuello hacia la izquierda de 2 semanas de evolución. Frecuencia de 1-2 días de minutos de duración. Suelen ser más frecuentes en torno a los 30 minutos tras despertar. No pérdida de consciencia, impresiona que durante el episodio está conectado (aportan imágenes en vídeo). Asocia irritabilidad. No otra clínica a la anamnesis. **Exploración:** Excelente estado general. Fontanela normotensa. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Fontanela normotensa. No signos meníngeos. Activo y reactivo. Pupilas isocóricas normorreactivas. Persecución ocular horizontal y vertical normal. Fuerza normal. Sostén cefálico presente. Sedestación estable. Reflejos normales. **Juicio diagnóstico:** Tortícolis paroxística benigna. **Conclusiones:** Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) pueden ser confundidos con crisis epilépticas, consisten en movimientos de carácter benigno y transitorio que se desarrollan durante la infancia. El diagnóstico de los TPNE es clínico. Es importante una buena historia clínica (descripción detallada de los episodios y observarlos en vídeo) y exploración física. En caso de duda, proceder a pruebas complementarias básicas. Si no responde a medidas habituales o persisten dudas diagnósticas, debemos remitirlo al neuropediatra. La tortícolis paroxística benigna consiste en la aparición súbita de inclinación lateral de la cabeza. Pueden asociar irritabilidad, palidez, vómitos, nistagmo o ataxia. Edad de aparición en el primer año, más frecuente en niñas y tiene predominio matutino. Los episodios se resuelven espontáneamente, tienen frecuencia variable y van espaciándose hasta desaparecer a los tres o cuatro años.

PD-085

NEUROPATÍA DEL NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROPATÍA TOMACULAR HEREDITARIA

Ramos Cela, M.; Barquín Rego, C.; Sariego Jamardo, A.; Sancho Gutiérrez, R.; Rollano Corroto, I.; Figueroa Jiménez, S.; Ruiz Rentería, E. - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD085>

Anamnesis: Adolescente de 12 años que consulta por pérdida de fuerza y disestesia en miembro inferior derecho de 4 semanas

de evolución. Niega traumatismo previo y posición de sedestación anómala. No cefalea, dolor lumbar, osteomuscular ni alteración de esfínteres. No proceso infeccioso intercurrente. Como antecedente de interés, su padre presenta una neuropatía hereditaria tomacular (deleción del gen PMP22) con susceptibilidad a la parálisis por presión. **Exploración clínica:** Deambulación en equino de pie derecho (steppage) con imposibilidad para la flexión dorsal del pie y flexión plantar posible. Ausencia de sensibilidad superficial y profunda en el dermatoma correspondiente a L5. Reflejos osteotendinosos simétricos. Marcha de puntillas normal, sin conseguir marcha de talones. Maniobras de radiculopatía negativas. Resto de la exploración neurológica y sistémica incluida la osteoarticular normales. No masas a ningún nivel. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía de tibia y peroné donde no se objetivan alteraciones óseas, así como un estudio neurofisiológico (electromiograma y electroneurograma) que muestra afectación axonal moderada-severa del nervio ciático poplíteo externo (CPE) derecho con signos leves de denervación activa a su paso a través de la cabeza del peroné. **Conclusiones:** La neuropatía compresiva del CPE es la mononeuropatía más frecuente del miembro inferior. Sin embargo, en este caso son de especial interés los antecedentes familiares. La neuropatía tomacular es una enfermedad neurológica poco frecuente, caracterizada por una mononeuropatía unilateral que puede ser recurrente, típicamente, desencadenada por una actividad física menor en sujetos sanos. Por esto es importante brindar consejo acerca de la práctica segura de ejercicio. Es una entidad infradiagnosticada de herencia autosómica dominante cuyo síntoma más frecuente es la aparición repentina de déficit sensitivo focal y de debilidad muscular en la distribución de un único nervio. Desencadenado por una tensión mecánica, como una compresión, un movimiento repetitivo o el estiramiento de los miembros afectados.

PD-086

MAMÁ, NO PUEDO IR DE CONCIERTO

García Matamoros, L.; Molina Ureba, A.; Haidour Salido, S.; González Rodríguez, R.M.; Serrano Carreño, I.; Rodríguez Torres, M.; Velarde Ramírez, M.T.; Carrión Medina, A.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; García González, M.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD086>

Lactante de 16 meses, sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas de Atención Primaria por sospecha de crisis cerebrales con los sonidos. Al año de vida, mientras estaba con sus padres en un concierto al aire libre, presentó un primer episodio de hipotonía cervical y babeo con cierre ocular, manteniendo el resto de tono corporal, de escasos segundos de duración. No movimientos tónico-clónicos ni sonidos guturales. No cianosis ni palidez facial. No relajación de esfínteres. Mejora al retirarlo del estímulo sonoro, sin periodo postcrítico. A los 3 meses, presenta nueva crisis de similares características en un concierto con mayor distancia a la fuente sonora. No periodo postcrítico. Además, presentó una tercera crisis de similares características al escuchar un violín en la calle. Posteriormente, los padres le han expuesto a los mismos estímulos, sin presentar nuevas crisis. En consulta, exploración normal con adecuado desarrollo psicomotor para su edad, por lo que se decide derivación a Neurología para estudio. Se realiza EEG en vigilia con actividad normal para su edad. Además, durante el registro ponen música de violín (de características similares a las que desencadenan el cuadro), observándose crisis de hipotonía cervical, sin repercusión electroencefalográfica, catalogándose de trastorno paroxístico no epiléptico (TPNE). **Conclusiones:** - Los TPNE son un grupo

heterogéneo de trastornos que imitan a una crisis epiléptica. - Suelen tener duración breve y son causados por una disfunción cerebral de origen diverso, a diferencia de la epilepsia, producida generalmente por una descarga neuronal excesiva. - Su incidencia es mucho más elevada que la epilepsia (10:1), sobre todo en el primer año de vida. - Es muy importante para su diagnóstico, la realización de una anamnesis detallada, exploración física y un amplio diagnóstico diferencial. - La mayoría son edad-dependientes y autolimitados, pero generan gran inquietud en las familias.

DEFENSA 9 – Jueves 19

PD-087

ENFERMEDAD DE ISELIN, OSTEONCONDROSIS INFRADIAGNOSTICADA EN JÓVENES DEPORTISTAS

Urbano Ruíz, C.; Martín Galache, M.; Escalona Gil, A.M.; Jiménez Domínguez, A.; Montero Placeres, A.; Ríos Crooke, C.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD087>

ANAMNESIS: Paciente de 10 años que acudió a Urgencias por dolor e impotencia funcional de pie derecho de 5 días de evolución, refiriendo empeoramiento en las últimas 24 horas. No recuerda traumatismo previo ni haber realizado mecanismo de inversión ni evasión forzada del tobillo. El dolor no despierta por la noche. No han aplicado analgesia ni frío local. Realiza clases de gimnasia artística. No otros antecedentes de interés. **Exploración física:** Exploración pie derecho: - Inspección: no deformidad, no hematoma, no edema, no heridas externas. - Palpación: dolor a la palpación en base 5º metatarsiano, sin crepitación. - Movilidad: conservada y dolorosa al apoyar en pie. Resto de exploración física sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó radiografía anteroposterior y oblicua de pie derecho: se evidenció la presencia de apofisitis por tracción de la base del 5º metatarsiano derecho. Se pautó tratamiento con reposo, antiinflamatorio y frío local. La paciente no ha vuelto a consultar, por lo que se presupone buena evolución de la patología. **Conclusiones:** La enfermedad de Iselin o apofisitis de la base del 5º metatarsiano es una osteocondrosis típica en jóvenes deportistas. Se produce por tracción del músculo peroneo lateral corto y la presión excesiva repetida que se ejerce sobre la apófisis durante las actividades deportivas. La clínica se caracteriza por la presencia de dolor, tumefacción y/o eritema en el borde externo del pie que empeora con el ejercicio y mejora con reposo. La confirmación diagnóstica la proporciona la radiografía oblicua, en la que se evidencia un aumento o fragmentación de la epífisis y ensanchamiento de la unión cartilaginosa. El tratamiento suele ser conservador (reposo, frío local y analgesia), aunque en los casos más graves puede ser necesaria la inmovilización. Es importante explicar a los progenitores y al paciente que podrá tener síntomas hasta finalizar el crecimiento.

PD-088

ESGUINCE DE LA ARTICULACIÓN DE LISFRANC EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UNA LESIÓN POCO COMÚN

Martín Galache, M.; Ríos Crooke, C.; De Pablo García, M.; Álvarez Smith, C.I.; Urbano Ruiz, C.; Montero Placeres, A.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD088>

Anamnesis: Paciente de 13 años que acudió a Urgencias Pediátricas por traumatismo en antepié izquierdo en posición de flexión

plantar forzada mientras estaba realizando baile. Desde entonces presentó dolor en el mediopié e imposibilidad total para el apoyo y la deambulación. No otros antecedentes de interés. **Exploración física:** Exploración pie izquierdo: Inspección: deformidad en mediopié y tumefacción al mismo nivel. Palpación: no se palpan escalones óseos ni crepitación, aunque presenta dolor muy intenso a la palpación de la articulación tarsometatarsiana. Movilidad: imposibilidad de movilización del pie por dolor intenso. Neurovascular distal: conservado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Radiografía anteroposterior: se visualizó el “signo de la mota” o “fleck sign” en la zona lateral de la cuña medial (patognomónico de lesión de Lisfranc). Radiografía oblicua: no se evidencia desplazamiento dorsal del antepié. La paciente fue diagnosticada de esguince de la articulación de Lisfranc con arrancamiento del ligamento de Lisfranc. Se pautó inmovilización con férula suropédica, descarga con muletas, analgesia, profilaxis antitrombótica y control en consultas de Traumatología Infantil. Durante el seguimiento en consultas de Traumatología Infantil, la paciente presentó una evolución favorable que permitió la retirada de la inmovilización tras 45 días. En el momento actual, la paciente deambula y realiza ejercicio físico sin presentar secuelas de la lesión. **Conclusiones:** Las lesiones de la articulación tarsometatarsiana o articulación de Lisfranc son infrecuentes en pacientes pediátricos. Estas lesiones son erróneamente diagnosticadas hasta en un 40 % de los casos, cursan con falta de estabilidad del mediopié durante la fase intermedia de la marcha y, en ocasiones, dolor severo e inestabilidad frente a la carga. Es importante tener una alta sospecha clínica para solicitar las pruebas de imagen necesarias para realizar un correcto tratamiento de la lesión y así prevenir las potenciales complicaciones: dolor, inestabilidad, imposibilidad para soportar la carga y a largo plazo, artrosis.

PD-089

“TENGO UN BULTO EN LA PIERNA”: OSTEONCONDROMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Escolano Díez, L.¹; Pareja Malcorra, O.²; Gómez Perera, R.²; Díaz García, A.²; Castro Rodríguez, L.²; Domínguez Chafer, M.²; Alonso Ortega, S.²; Pérez De Vega, B.²; Marrero García, A.R.²; Figueroa Herrera, M.P.². - ¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España;
²Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD089>

Caso clínico: Anamnesis: Niña de 6 años que acude por aparición de bulto en cara interna de rodilla derecha, sin otra sintomatología acompañante. - Antecedentes personales: sin interés. - Antecedentes familiares: padre y hermano mayor afecto de osteocondromatosis familiar con genética positiva. **Exploración clínica:** Se palpan varios bultomas de consistencia ósea, el mayor de 1-2 cm bien delimitado en cara interna del fémur derecho, otro en cara interna del fémur izquierdo y en cúbito distal izquierdo de menor tamaño. Sin dolor, datos inflamatorios ni deformidades. Movilidad articular conservada. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Radiografía rodilla bilateral: múltiples lesiones exofíticas en metáfisis de ambos fémures (la mayor de 1,8 cm en fémur derecho), ambos peronés y tibia izquierda. - Radiografía muñeca/mano bilateral: múltiples lesiones exofíticas en metáfisis de radio y cúbito derecho; radio izquierdo y metacarpo distal de 4º dedo mano derecha. Dada la ausencia de clínica y datos de alarma se deriva a Traumatología y se mantiene actitud expectante. **Conclusiones:** - Enfermedad autosómica dominante con penetrancia variable, consistente en aparición de osteocondromas en la metáfisis de huesos largos que crecen mientras el esqueleto es inma-

duro. - Suele presentarse en la primera década de vida y predomina en varones (2:1), con una incidencia de 1/20.000-50.000 habitantes. - La consulta en Atención Primaria (AP) suele ser tardía, porque existen casos familiares y se conoce la naturaleza benigna; porque no produce molestias o porque suelen hacerse evidentes y manifestarse con cada brote de crecimiento y tienden a estabilizarse al final del desarrollo. - El diagnóstico se establece por la sospecha clínica, apoyándose en estudios de imagen y antecedentes familiares. - Seguimiento en conjunto con Traumatología. Dada la posibilidad de malignización (degeneración a osteocondrosarcoma 1 % en la infancia), la aparición de nuevas lesiones y/o deformidades requiere controles clínicos y radiológicos para detectar precozmente sus complicaciones.

PD-090

SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA, ¿HAY ALGO DETRÁS?

Molina Ureba, A.; Poses Vega, S.; García Matamoros, L.; Serrano Carreño, I.; De La Cruz Hidalgo, M.D.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD090>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Niña de 2 años. Impotencia funcional de miembro inferior izquierdo sin traumatismo previo. En los últimos dos meses ha presentado episodios similares, autolimitados y diagnosticados de sinovitis transitoria de cadera. Afebril, sin otra sintomatología acompañante ni clínica infecciosa reciente. Exploración articular normal. Radiografía de caderas sin evidencia de patología ósea. Con la sospecha nuevamente de sinovitis transitoria de cadera, se pauta ibuprofeno y reposo. A los cinco días, persistencia de la impotencia funcional. Además, ahora se evidencia discreta tumefacción de rodilla izquierda. Se deriva a Urgencias hospitalarias donde realizan analítica sanguínea sin datos inflamatorios y ecografía que muestra mínima cantidad de líquido en rodilla izquierda, desestimándose origen infeccioso por parte de Traumatología. A los pocos días, control con persistencia de la sintomatología. A la madre le impresiona que el dolor y la impotencia funcional son de predominio matutino, mejorando a lo largo del día. Ante sospecha de origen reumatológico, se efectúa derivación a Reumatología. Realizan diagnóstico de sospecha de artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular. Analítica sanguínea con anticuerpos ANA+, resto normal. Se instaura tratamiento inicialmente con corticoterapia oral y, posteriormente, con metotrexate con evolución favorable. Pendiente de valoración por Oftalmología para descartar uveítis. **Conclusiones:** - Ante un cuadro de posible sinovitis transitoria de caderas persistente o de repetición, a pesar de correcto tratamiento, está indicado ampliar el diagnóstico diferencial a otras posibles causas. - Las artralgiás o la impotencia funcional que empeora al inicio del día y mejora con el ejercicio, debe ponernos alerta sobre posible origen reumatológico. - La AIJ es la enfermedad reumatológica crónica pediátrica más frecuente. Su diagnóstico es de exclusión y la forma más frecuente es la oligoarticular. Las formas con ANA+ tienen más riesgo de desarrollar uveítis anterior crónica y requieren seguimiento exhaustivo por Oftalmología.

PD-091

SÍNDROME DE TOURETTE, SEGUIMIENTO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Silva Caparrós, N.; López Lozano, M.J.; Domínguez González, L.M.; Montes Araujo, P.D.C.; De La Fuente Sánchez, L.; Coronel Rodríguez, C. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD091>

Paciente sin antecedentes de interés, que a los 10 años consulta por inquietud psicomotriz, corre por el domicilio para tranquilizarse y no obedece órdenes fácilmente. Ha sido valorada en el colegio ante posible trastorno déficit de atención e hiperactividad y trastorno obsesivo-compulsivo. Ante esta situación, se comienza tratamiento con metilfenidato y se cursa derivación a salud mental. A los meses aparece nueva sintomatología como alteración de la conducta con conductas agresivas, ansiedad e ideas obsesivas. Además, presenta los tics motores como tocarse la nariz y las palmas y mover los pies. Aporta pruebas complementarias realizadas dentro de la normalidad. A la exploración, la paciente presenta un lenguaje adecuado y coherente, verbaliza pensamientos parásitos y dificultad de controlar impulsos, así como explosiones de ira. Reproduce tics durante la consulta, motores y fónicos, exploración neurológica dentro de la normalidad. Actualmente con 16 años, presenta control de su sintomatología, por lo que no desea iniciar tratamiento por el momento. Desde su diagnóstico ha estado en seguimiento por salud mental y Neurología, ha intentado tratamientos con diferentes medicamentos sin lograr mejoría de la sintomatología. Ha presentado mal control con sintomatología de manera oscilante: agravamiento de tics motores y fónicos, o de los síntomas obsesivos y compulsivos, o de episodios de rabia incontrolada o una baja autoestima. Consultando frecuentemente por la falta de control de estos síntomas. Es un trastorno caracterizado por una evolución tórpida que reclama una gran demanda de consultas fundamentalmente de Urgencias, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la hospitalaria, sobre todo debido a la ansiedad familiar que genera y la asociación con otros trastornos. La sintomatología empeora en situaciones de estrés, y es difícil lograr el control con medios farmacológicos o con terapia psicológica, ya que solo suelen presentar una mejoría con la madurez.

PD-092

¿NOS PREOCUPA LA SALUD MENTAL DE NUESTROS ADOLESCENTES POSTPANDEMIA? UTILIDAD DEL PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Gil-Vázquez, J.M.¹; Abrodos Anglada, D.¹; López Almela, C.¹; Martínez Villegas, E.¹; Díaz Borja, P.¹; Navaz Tejero, J.¹; Burgos Remacha, I.¹; Coderch Ciurans, C.²; Barrera Segura, E.².
¹CAP Gracia-Merinals, Sabadell, España; ²Consorti Sanitari de Terrassa, Terrassa, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD092>

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha provocado en la población una limitación de las relaciones sociales, así como tener que afrontar pérdidas de familiares en circunstancias difíciles. Como consecuencia, en la postpandemia, los servicios de Urgencias pediátricos han detectado un aumento en el número de casos de intoxicaciones voluntarias e intentos de autolisis. Actualmente, las revisiones del niño sano se centran en el cribaje de enfermedades físicas, dejando en un segundo plano la salud mental de los adolescentes. Existen diferentes cuestionarios validados para detectar cuadros depresivos. Uno de ellos es el PHQ-9 que ha mostrado una buena sensibilidad y especificidad. **Metodología:** El centro de salud Gracia-Merinals se encuentra localizado en Sabadell, situado en el extrarradio de Barcelona y con un área de influencia de 2.918 niños menores de 15 años. Se solicitó consentimiento a los padres para realizar el cuestionario PHQ-9 a los adolescentes. **Resultados:** Se realizan 116 cuestionarios. La relación mujer/hombre fue 1,03. La edad media fue de 13 años 4 meses. El 50 % de adolescentes obtuvo una puntuación inferior a 5. El 37 % obtuvo una puntuación entre 5-9. En estos casos se trataron posibles factores desencadenantes y se propuso nuevo control a los 6 meses. El 13 % obtuvo una puntuación

de 10 o superior y se derivó a la unidad de salud mental infanto-juvenil el 73 % de ellos. **Conclusiones:** El cuestionario PHQ-9 es una herramienta útil y ágil en el diagnóstico de depresión en adolescentes. Los resultados patológicos del cuestionario se pueden deber a otros problemas de salud, disminuyendo la puntuación cuando se soluciona la causa subyacente. La situación postpandémica actual hace necesario intensificar los esfuerzos del personal sanitario en contacto con adolescentes para poder diagnosticar precozmente los cuadros depresivos y poder dar la atención multidisciplinaria adecuada por parte de las unidades de salud mental infanto-juvenil de referencia.

PD-093

PARÁLISIS RADIAL NEONATAL TRANSITORIA SECUNDARIA A NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA

Castro García-Montesinos, M.T.; Alcalde Alfonso, M.; López De Viñaspre Vera-Fajardo, M.; Rollano Corroto, I.; Marín Rodero, J.; Barquín Rego, C.; Matres López, B.; Gutiérrez Camus, A.; Gortázar Arias, P.; Gutiérrez Pascual, D.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD093>

Anamnesis y exploración física: RN a término (41 + 3 semanas), peso adecuado a edad gestacional (3.780 g). Embarazo normal, parto eutócico, Apgar 9-10. Exploración física en Planta de Maternidad: mano derecha caída sin extensión activa de muñeca y dedos, con pulgar en oposición y movilidad pasiva conservada, sugestiva de parálisis radial; en cara externa de tercio distal del brazo derecho presenta placa fibrótica eritematosa indurada de 2 x 4 cm sugestivo de necrosis grasa subcutánea. Se visualiza una lesión similar más pequeña en el brazo izquierdo sin afectación locomotora. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica con normocalcemia y ecografía con hallazgos sugestivos de necrosis grasa subcutánea en ambos brazos, objetivando cambios de miositis en el brazo derecho y neuropatía compresiva del nervio radial a nivel del canal de torsión. Valorado por Ortopedia Infantil, programa seguimiento sin precisar tratamiento, con buena evolución y recuperación completa de movilidad y desaparición de la necrosis a los 4 meses de edad. **Conclusiones:** La parálisis radial aislada en el recién nacido (RN) es un hallazgo infrecuente. Se manifiesta con muñeca caída, incapacidad de extensión del primer dedo y articulaciones metacarpofalángicas, conservando movilidad del hombro y codo, por lo que en ocasiones puede confundirse con lesión del plexo braquial. Sin embargo, en muchos casos se produce secundariamente a necrosis grasa localizada: paniculitis poco frecuente, autorresolutiva, que afecta generalmente a neonatos a término, manifestándose como nódulos hipodérmicos indurados eritemato-violáceos localizados en áreas de almohadilla adiposa. Se han identificado factores de riesgo para su desarrollo, como traumatismos obstétricos, asfíxia perinatal e hipotermia. Se trata de un proceso generalmente auto-limitado que tiende a la curación espontánea en semanas o meses. Debe ser diferenciado de otras lesiones nerviosas del RN, ya que en ocasiones puede producir complicaciones potencialmente graves como la hipercalcemia.

PD-094

QUISTES FETALES INTRAABDOMINALES ¿OVÁRICOS O NO OVÁRICOS?

Martínez Del Pozo, C.¹; Zamora González, N.²; Triguez García, M.¹. - ¹Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España; ²Centro de Salud Venta de Baños, Palencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD094>

Resumen: Recién nacida con diagnóstico prenatal de quistes ováricos en el último trimestre de la gestación, embarazo controlado. Al nacimiento se solicita ecografía que muestra en anejo derecho una imagen quística de 15 mm y en el flanco izquierdo una estructura poliquística con quiste dominante de 32 mm con primera impresión diagnóstica de quistes ováricos izquierdos. A los 3 meses, en un segundo control en el anejo derecho se visualizan quistes foliculares y en el flanco izquierdo en localización inferior al riñón derecho se observa una imagen hipoeoica de 32 x 17 mm que no parece tener dependencia ovárica. A los 4 meses, en un tercer control no se evidencian quistes anexiales ni imágenes en situación infrarrenal derecha. La lactante ha permanecido asintomática. **Conclusiones:** La presencia de quistes ováricos en fetos y neonatos femeninos es frecuente, representan la masa abdominal quística más frecuente en este grupo. El diagnóstico se ha incrementado debido al uso rutinario de ultrasonografía en el control prenatal. El diagnóstico diferencial de una masa abdominal quística incluye anomalías gastrointestinales (quiste mesentérico, duplicación intestinal, quiste de colédoco), genitourinarias (quistes renales, quistes del uréter) y otras anomalías; la resonancia magnética es más precisa para definir la localización y la naturaleza en estos casos. Pueden dividirse en simples o complejos. Las complicaciones más frecuentes son la torsión, la ruptura y la hemorragia. El manejo postnatal es controvertido y depende de la existencia de complicaciones y de su tamaño. Existe consenso en adoptar conducta expectante con control ecográfico si el quiste es simple y mide menos de 40-50 mm. La mayoría de los quistes regresan espontáneamente. En algunos estudios se ha observado que hasta la mitad de los quistes complejos en la última exploración prenatal no son de origen ovárico.

PD-095

¿URGENCIA PERINATAL O HALLAZGO BANAL? LA FRACTURA EN PING-PONG EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tejero Pastor, L.; Gil Calderón, J.; Barbadillo Mariscal, B.; Gonzalo San Esteban, A.; García Mirallés, L.C.; Melgosa Peña, M.; Ruíz Araus, A.; Oquillas Ceballos, A.; Elvira Pardiña, A.I. - Hospital Universitario, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD095>

Anamnesis: Recién nacida a término que al nacimiento presentaba hundimiento craneal en la región temporal derecha. Gestante primípara de 41 semanas de gestación, sin antecedentes patológicos prenatales de interés y ecografías de control dentro de la normalidad. En una de las ecografías realizadas durante el tercer trimestre, destacaba la posición de la mano izquierda en la región donde presentaba el hundimiento craneal. La madre no refería antecedente de traumatismo directo durante la gestación. Cursó como un parto único, eutócico, en presentación cefálica, que precisó el uso de fórceps por riesgo de pérdida del bienestar fetal, procedimiento resuelto sin complicaciones. **Exploración física:** Presentaba hundimiento de la escama temporal derecha, con suturas y fontanelas dentro de la normalidad. Resto de la exploración física sin alteraciones. Permaneció en todo momento asintomática, sin signos clínicos de afectación neurológica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía cerebral y electroencefalograma para garantizar la ausencia de afectación neurológica, sin mostrar alteraciones. Fue valorada por Neurocirugía, quienes recomendaron una actitud expectante, debido a la ausencia de afectación neurológica y a la posibilidad de mejoría espontánea con el crecimiento; no obstante, dieron la posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico en caso de presentar complicaciones o un defecto estético evidente con el paso del tiempo.

En el caso de nuestra paciente, se optó por manejo conservador y se realizó seguimiento por parte de su pediatra de Atención Primaria, observando una mejoría morfológica progresiva sin aparición de clínica relacionada con afectación neurológica. **Conclusiones:** El seguimiento clínico y ecográfico de las fracturas en ping-pong son fundamentales para la detección de posibles complicaciones. Actualmente, la literatura carece de consensos sobre la actitud a seguir ante este hallazgo, por lo que son necesarios más estudios con mayor número de casos para determinar la conducta terapéutica a seguir, ya sea quirúrgica o conservadora.

PD-096

EFECTO SOBRE EL DESARROLLO INMUNITARIO Y LA SALUD GASTROINTESTINAL DEL LACTANTE DE UNA FÓRMULA INFANTIL INNOVADORA CON MFGM, OSTEOPONTINA Y SIMBIÓTICOS: ESTUDIO EARLY-TOLERA. ANÁLISIS PRELIMINAR

Nieto Ruiz, A.¹; De Castellar Sansó, R.²; Diéguez, E.¹; Morato, C.¹; Herrmann, F.¹; Delgado, J.²; Campoy, C.³

¹Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Universidad de Granada, Granada, España; ²Dpto. Científico. Dirección médica. Laboratorios Ordesa, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), España; ³Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Universidad de Granada. Instituto Biosanitario de Granada (Ibs-Granada). Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ISCIII., Granada, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD096>

El objetivo del estudio Early-TOLERA (ClinicalTrials.gov ID: NCT04306263) es evaluar el impacto de una fórmula de inicio suplementada con ingredientes bioactivos sobre el desarrollo inmunitario del lactante durante el primer año de vida. Es una intervención nutricional aleatorizada, a doble ciego, en 231 lactantes nacidos a término sanos de 0-2,5 meses de edad, distribuidos en 3 grupos: fórmula experimental (EF) (n = 75) (enriquecida con osteopontina, componentes de la membrana del glóbulo graso (MFGM), ácidos grasos poliinsaturados [PUFAs] y simbióticos); fórmula estándar (SF) (n = 79); y lactancia materna exclusiva (LME) (n = 77). Los padres registraron diariamente episodios infecciosos, alérgicos y tratamientos asociados durante el seguimiento y registraron –durante 3 días– signos y síntomas gastrointestinales (vómitos, regurgitaciones, estreñimiento, sueño nocturno, síntomas de disconfort y horas de llanto) en los controles de los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Se cuantificó IgA, IL-6 y TNF α en saliva (3, 6 y 12 meses de vida), y se analizó composición de microbiota fecal (6 y 12 meses). Se registraron medidas antropométricas para evaluar crecimiento y composición corporal, así como neurodesarrollo. El análisis preliminar incluyó el 100 % de la muestra con 6 meses de edad. Un 21,6 % interrumpió anticipadamente el estudio (9,1 % abandono/retirada de la fórmula; 8,2 % abandono del estudio; 4,3 % incumplimiento del protocolo). Se notificaron 8 acontecimientos adversos no relacionados con las fórmulas (EF: n = 4, SF: n = 2, LME: n = 2). Los 3 grupos fueron homogéneos en sus características basales (sexo, peso y talla al nacer, número de hermanos, tipo de parto, tiempo de lactancia materna para EF y SF) y entre progenitores (antropometría y estatus socioeconómico), excepto para nivel de estudios materno (p = 0,001) y coeficiente intelectual paterno (p = 0,0017), significativamente superiores en el grupo LME. Se espera demostrar efectos beneficiosos de EF sobre el desarrollo del sistema inmune, el crecimiento y el neurodesarrollo (Proyecto de investigación subvencionado por Centro de Desarrollo Tecnológico e Industrial, Programa CIEN).

PD-097

EXANTEMA PALMOPLANTAR EN EL ADOLESCENTE COMO RETO DIAGNÓSTICO

Alcaide Baena, C.; Rodrigo Castroviejo, A.; García Lara, G.; Santiago Boyero, C.; Ureña Ruiz, P.; Díaz Granados, I.
Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD097>

En edad pediátrica la afectación de la piel como manifestación principal de enfermedad sistémica es muy frecuente. Aunque existen enfermedades habituales por rango de edad, debemos tener presente el polimorfismo y semejanza de signos cutáneos en infecciones, infestaciones, dermatitis atópica y patologías sistémicas. **Caso clínico:** Varón de 13 años consulta en su centro de salud por lesiones maculopapulosas no pruriginosas en palmas y plantas junto a algunas dispersas en tronco de 4 días de evolución. No asocia afectación de mucosas. Sí malestar general y febrícula. Inicialmente, dadas las características del exantema y semejanza con la infección vulgarmente conocida como “mano-boca-pie”, damos por hecho tal virosis e indicamos alivio sintomático. Dos semanas después reacciona por persistencia de lesiones con ulceración de alguna de ellas. Realizamos nueva anamnesis (en ausencia de la madre). Confirma inicio consentido de relaciones sexuales sin protección los meses previos. Pertenece a una zona con necesidad de transformación social (ZNTS). Su unidad familiar está conformada por madre (dedicada a la prostitución), 5 hermanos y abuela. Ante la semejanza del exantema con lesiones tipo “sífilides” y elevada posibilidad de enfermedad de transmisión sexual se inicia despistaje. Obtenemos positivas las pruebas treponémicas y reagínicas para *Treponema pallidum*. Se administra tratamiento con dosis única de penicilina intramuscular y se activa protocolo de despistaje de abuso sexual infantil (ASI) por la ventana libre de síntomas presupuesta en sífilis secundaria. **Conclusiones:** - La sífilis continúa siendo un problema en la sociedad actual, siendo necesario que se continúe cribando en el control de la embarazada e indagar los factores de riesgo biopsicosocial. - El diagnóstico de ETS en un menor de edad, aun en zonas donde las relaciones sexuales precoces son la norma, ha de hacernos sospechar un posible ASI. - Establecer un diagnóstico diferencial correcto y diagnóstico precoz supone un reto diario para el profesional.

DEFENSA 10 – Jueves 19

PD-098

TALALGIA IZQUIERDA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE BEHCET

Alcalde, M.; Docío, P.; Rollano, I.; Marín, J.; Leonardo, M.T.; López, C.; Caldeiro Díaz, M.J.; Álvarez, C.; Jiménez, B.; Sánchez, L.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD098>

Anamnesis y exploración física: Adolescente de 15 años que acude a Urgencias por talalgia izquierda de aproximadamente dos meses de evolución, con franco empeoramiento en las tres semanas previas. En Urgencias se objetiva lesión violácea localizada en calcáneo izquierdo, así como placas induradas en codos y pápulas queratóticas en dicha zona y en región medial de la mano derecha. Tras los hallazgos descritos, y ante la sospecha de celulitis, se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico y corticoterapia oral indicada por Dermatología. Mejoría clínica inicial, reapareciendo días después la talalgia, así como inicio de fiebre y aftosis oral,

con lesiones violáceas de localización pretibial, coincidiendo con la pauta descendente de corticoterapia. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea, con PCR 12,2 mg/dl y VSG de 68 mm; se completa estudio con RMN de tobillo, objetivando datos de tendinopatía aquilea y fasciopatía, con signos de entesitis en inserción de calcáneo. En ecografía pretibial evidencian la presencia de paniculitis. Ante la sospecha clínica de cuadro de perfil reumatológico, se contacta con Reumatología y se realiza analítica con perfil inmunológico, HLA B27 y B51, siendo este finalmente positivo. Se inicia tratamiento con colchicina e ibuprofeno, con mejoría de las aftas orales y de la clínica musculoesquelética. La presencia de aftosis oral junto con las manifestaciones cutáneas y vasculares, permitió establecer el diagnóstico de enfermedad de Behcet. **Conclusiones:** La enfermedad de Behcet es una enfermedad inflamatoria sistémica que cursa con vasculitis. Aproximadamente el 7 % de los casos debutan en edad pediátrica, y clásicamente se manifiesta con la presencia de aftas orales, uveítis y úlceras genitales, aunque la clínica cutánea y articular es también relativamente frecuente. El diagnóstico se basa en criterios clasificatorios, y el tratamiento debe ser individualizado, en función de las manifestaciones de la enfermedad.

PD-099

MALFORMACIÓN LINFÁTICA TIPO 9: UN TIPO DE LINFEDEMA PRIMARIO

García Montoya, A.; RUIPÉREZ CEBRIÁN, C.; GONZÁLEZ CERVANTES, M.; ALBERT BARRACHINA, C.I.
Hospital General Universitario, Alicante, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD099>

Se presenta el caso de una niña de 12 años que acude a consulta de Pediatría por edemas en miembros inferiores de 6 meses de evolución, sin otra clínica acompañante. No había presentado infecciones, cirugías ni viajes recientemente, ni presentaba antecedentes familiares de interés. A la exploración física, presenta peso de 60,1 kg (p97) y talla de 149 cm (p50), y destaca edema en ambos miembros inferiores, afectando tobillos hasta pantorrillas, sin presentar otras alteraciones a la exploración. Se realiza analítica sanguínea, que resulta anodina, y analítica de orina, en la que se descarta proteinuria. Como pruebas de imagen, se realizan radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos, ecocardiografía en la que se objetiva corazón estructural y funcionalmente normal y ecografía de abdomen, que como único hallazgo detecta aumento de la ecogenicidad del parénquima del hígado en relación con esteatosis hepática grado I, sin lesiones focales. Se completa el estudio con una ecografía Doppler venosa de miembros inferiores, en la que se descarta trombosis venosa profunda, pero se aprecia discreto edema del tejido celular subcutáneo de ambas pantorrillas. Ante sospecha de linfedema primario (tras haber descartado causas secundarias de linfedema), se realiza linfogammagrafía en la que se objetiva ausencia de vías linfáticas y estaciones ganglionares de MMII izquierdo, y mínimo drenaje en MMII derecho, por tanto, son hallazgos compatibles con linfedema primario. Ante este diagnóstico, se realiza estudio genético con exoma clínico, que identifica una variante patogénica en heterocigosis en el gen *CELSRI1*, compatible con diagnóstico genético de malformación linfática tipo 9, con un patrón de herencia autosómico dominante. El linfedema primario es una entidad rara en edad pediátrica, siendo más frecuente en mujeres y en la edad puberal. Es importante que ante su sospecha, siempre se descarten previamente las causas secundarias que podrían producirlo, como traumatismos, infecciones, cirugías previas, etc.

PD-100

“DOCTOR... ¿TENGO CARIES?”

Urbano Ruiz, C.; Hernández Pinchete, S.; Ríos Croke, C.; Montero Placeres, A.; López Ávila, F.J.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD100>

Introducción: La exploración de los dientes es algo muy frecuente en la práctica diaria de Atención Primaria. Es por ello que la tinción cromógena es un hallazgo común en la infancia que debemos conocer. **Caso clínico:** Niña de 5 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias Pediátricas por odinofagia de dos días de evolución. A la exploración física, se objetiva lo siguiente: rehistoriando, refiere que presenta esas lesiones desde hace más de un año. Refieren adecuada higiene dental y niegan medicación (suplementos férricos o tetraciclinas) ni tampoco otros suplementos dietéticos o uso de productos de herbolario. **Conclusiones:** La tinción cromógena o mancha negra es una alteración frecuente en la práctica clínica pediátrica. Consiste en pigmentaciones oscuras, puntiformes o lineales, que se encuentran adheridas al esmalte de las piezas dentales. Pueden presentarse en dientes temporales y definitivos, siendo más frecuente en los temporales. Es más habitual encontrarlos en la cara palatina de los incisivos centrales superiores e inferiores y en los premolares y molares superiores. En cuanto a su etiología, no es del todo clara, y se cree que tiene relación con la interacción de bacterias cromógenas, en especial el género *Actinomyces*, con componentes de la saliva, como, por ejemplo, el hierro. La prevalencia se encuentra entre un 1 % y un 20 % siendo más frecuente en América del Sur y Asia. El diagnóstico de la mancha negra es clínico y el diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con caries y otras pigmentaciones producidas por compuestos de hierro, fluorados o taninos. Se trata de una patología benigna que principalmente ocasiona problemas estéticos. Se recomiendan medidas de higiene dental y evitar el consumo de bebidas con colorantes o medicamentos que contengan hierro. Su tratamiento consiste en realizar limpiezas mecánicas por profesionales, aunque tras ellas las recidivas son habituales.

PD-101

CRIOTERAPIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Muñoz Rodríguez, M.A.; Guerrero Román, B.; Martínez Barba, C.; Peña Novas, C.; Polidura Navío, A.; Pous Martínez, S.; Rueda Zafra, P. - Equipo de Atención Primaria de Pediatría Territorial Viladecans (CAP Montbaig), Viladecans, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD101>

Objetivo general: Dotar, al equipo de Atención Primaria pediátrica territorial de Viladecans, de una consulta de enfermería especializada en cirugía menor: crioterapia. **Objetivos específicos:** - Aumentar la calidad asistencial de los pacientes con lesiones cutáneas benignas. - Tratar con crioterapia lesiones benignas prevalentes en Pediatría. - Disminuir el número de derivaciones al especialista. - Proponer un plan de tratamiento común incluyendo aspectos preventivos. **Material y métodos:** Se crea una agenda específica para tratar y valorar lesiones dermatológicas definidas como verrugas planas, filiformes y periungueales. Cualquier profesional del equipo puede programar en la agenda específica cuando se presenten este tipo de lesiones. La agenda se denomina “crioterapia infantil” y está disponible cada 15 días. La enfermera pediátrica formada en la actividad de crioterapia es la encargada de realizar esta técnica. La técnica de la crioterapia se lleva a cabo mediante nitrógeno líquido. Se realizan 2 o 3 aplicaciones por sesión, pueden ser necesarias entre 3 y 6 sesiones,

que deben separarse por un mínimo de 2 semanas. **Resultados:** Con esta agenda se conseguirá abordar 46 casos al mes para lesiones dermatológicas en Atención Primaria. El precio estipulado de la primera visita al especialista en Dermatología tiene un coste de 171 euros. El número de visitas dependerá de cada paciente, pero habitualmente se necesitarán una media de 3 visitas para la resolución. Se obtiene un abordaje temprano sin tiempo de espera. Las lesiones más habituales suelen ser las verrugas simples en diferentes localizaciones de la piel. **Conclusiones:** Una consulta de enfermera especialista en lesiones benignas dermatológicas pediátricas, consigue múltiples beneficios, entre ellos, disminuir derivaciones y coste económico, mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer la rápida eliminación de las lesiones. Para las familias y los niños supone un aumento del bienestar al ser visitados siempre por el mismo profesional experto y evitando desplazamientos a otro nivel asistencial.

PD-102

HIPERFOSFATASEMIA BENIGNA TRANSITORIA DE LA INFANCIA

Espigado Colombo, E.; Sieres Alberola, I.; Figueroa Romero, M.A.; Garrido Ibáñez, C.; Hueso Beltran, I.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD102>

Anamnesis: Niño de 20 meses, natural de Marruecos, sin antecedentes de interés, acude a consulta de Atención Primaria para valoración de adenopatías bilaterales en contexto de cuadro infeccioso. Refiere la familia que ha tomado lactancia materna casi exclusiva hasta los 18 meses de edad sin suplementación de vitamina D. **Exploración clínica:** Peso: 9,32 (p<1, -2,35 DE). Talla: 83 cm (p24, -0,71 DE). Perímetro cefálico: 49 cm (p56, 0,17 DE). Buen estado general. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Escaso pániculo adiposo. No deformidades ni arqueamiento de huesos largos. Fontanela anterior amplia de unos 4 centímetros de diámetro. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal, sin palpación de megalias. Desarrollo neurológico normal para su edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante escaso seguimiento previo, se realiza control analítico donde destaca fosfatasa alcalina (FA) elevada (2.633 U/L) y vitamina D 12,8 ng/mL. Ante sospecha inicial de posible raquitismo asociado, se inicia tratamiento con vitamina D. Se solicita isoenzimas de FA y control analítico en 4 meses. Las isoenzimas de FA: hepática 47,5 %, ósea 50,9 % e intestinal 1,6 % (normal). A los 4 meses, se objetiva normalización de FA y vitamina D, con mejoría en hábitos alimenticios y ganancia ponderal. **Conclusiones:** La hiperfosfatasemia benigna transitoria de la infancia (HBTI) es un desorden bioquímico benigno de evolución autolimitada, que es importante tener presente ante un niño con elevación severa de FA, en ausencia de alteraciones clínicas o de laboratorio que sugieran enfermedad ósea o hepática. Ante un menor de 5 años en este contexto, se debería sospechar HFTBI y repetir la cuantificación de FA en un plazo de 2 a 3 meses (criterios diagnósticos según Kraut). El seguimiento clínico debería continuar hasta la normalización de las FA. Si persisten elevadas, será necesario realizar diagnóstico diferencial: hiperfosfatasemia benigna familiar, osteopenia del prematuro, raquitismo, neoplasias, enfermedad de Paget, hepatitis, colestasis, etc.

PD-103

LINFEDEMA PRIMARIO PRECOZ, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carrascosa Rabadán, P.; Tercero Baidez, P.; Espada García, A.; Perales Prados, A.; Roda Martínez, N.; Jiménez

Sahuquillo, A.; Fernández Escobar, V.; González Fajardo, N.; Romera Guarner, I.; Pellicer Viudes, C.

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD103>

El linfedema es una entidad poco frecuente en Pediatría, afecta a 1,15 menores de 20 años de cada 100.000. Puede clasificarse en primario o secundario. Dentro del primario o idiopático podremos distinguir entre congénito, precoz si se da entre el año y los 35 años de vida o tardío. Presentamos el caso de un preescolar de 3 años valorado en Urgencias por tumefacción de pie izquierdo de 3 días de evolución. No antecedentes familiares ni personales de interés. Afebril, no clínica infecciosa asociada. Niega traumatismo o movimiento brusco. No aparición de lesiones a otros niveles. Niega episodios previos similares. A la exploración presenta edema leve unilateral de región dorsal de pie y tobillo con mínima fovea, no doloroso, sin aumento de temperatura ni enrojecimiento. Flexo-extensión y rotación de tobillo limitadas parcialmente. Resto de exploración por aparatos normal. Se inicia tratamiento antiinflamatorio y se cita para control evolutivo en CCEE de Reumatología pediátrica donde se solicita hemograma, bioquímica con ionograma, perfil hepático, renal, lipídico y férrico; hormonas tiroideas, autoinmunidad, coagulación y reactantes de fase aguda; sedimento de orina, radiografía y ecografía, siendo todos anodinos. Se solicita RM que informa como edema de tejido celular subcutáneo sin alteraciones óseas con sospecha diagnóstica de linfedema. Se constata persistencia del edema en el seguimiento evolutivo. Niegan aparición en otras localizaciones ni clínica acompañante, por lo que, tras descartarse otras entidades y causas secundarias, se diagnostica de linfedema primario precoz grado II. Actualmente sigue tratamiento fisioterápico con disminución de la limitación de la movilidad. El linfedema se debe a un acúmulo de líquido por una alteración linfática provocando aumento de partes blandas, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con el resto de entidades que pueden producirlo, especialmente de las articulaciones. El tratamiento es generalmente sintomático con fisioterapia y vendajes; rara vez precisara cirugía.

PD-104

OTITIS MEDIA AGUDA: UNA PATOLOGÍA COMÚN CON COMPLICACIONES MUY INFRECIENTES

Hueso Beltrán, I.; Garrido Ibáñez, C.; Toledo Muñoz Cobo, G.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD104>

Anamnesis: Varón de 2 años que consulta en su centro de salud por empeoramiento clínico de otitis media aguda (OMA) a pesar de antibioterapia oral, asociando en las últimas horas exantema generalizado pruriginoso, edema y eritema periauricular. Presentaba fiebre de 40°C de 6 días de evolución, diagnosticándose de OMA derecha en las 24 h previas, e iniciándose tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 80 mg/kg/día. Previamente, había realizado tratamiento ótico con ciprofloxacino. **Exploración clínica:** Exantema micropapular generalizado con alguna lesión petequiral. Orofaringe hiperémica sin exudados. Otoscopia derecha: otorrea y perforación timpánica; izquierda: normal. Eritema y edema retroauricular derecho, fluctuante, doloroso a la palpación. Resto de exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de OMA complicada, se deriva a Urgencias del hospital de referencia para ampliar estudios. Se realizan hemocultivo, exudado faríngeo y analítica, destacando una proteína-C-reactiva 271 mg/L y neutrofilia. Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) de

cráneo urgente, observándose una OMA no supurativa bilateral con mastoiditis aguda, absceso subperióstico y absceso epidural derecho. Ante dichos hallazgos, se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima, metronidazol y vancomicina y se deriva a Otorrinolaringología del hospital de referencia para realización de miringotomía, colocación de tubos de ventilación bilateral y drenaje de absceso mastoideo subperióstico derecho. Se decide actitud expectante por parte de Neurocirugía frente al absceso epidural. Cultivos: pendientes. **Conclusiones:** - A pesar de que la OMA es una patología muy frecuente en nuestro medio, sus complicaciones son raras (1-5 %) y deben sospecharse ante una evolución tórpida. - La mastoiditis es la complicación supurativa más frecuente. De las complicaciones intracraneales, la meningitis es la más frecuente, seguida de los abscesos intracraneales. - Ante la sospecha diagnóstica de OMA complicada, la prueba de imagen de elección es la TAC. - El tratamiento de las complicaciones de las OMAs habitualmente es quirúrgico, asociado siempre a antibioterapia adecuada.

PD-105

PRIAPISMO EN PEDIATRÍA: EFECTO ADVERSO INFRECUENTE TRAS TRATAMIENTO CON RISPERIDONA

Carrión Medina, A.; Cabello Gómez, S.; Lucas Escalante, C.; López Moreira, Ó.M.; De La Cruz Hidalgo, M.D.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD105>

Varón de 13 años que como antecedente personal de interés, se encuentra en seguimiento por Salud Mental por episodio psicótico a filiar, en tratamiento con risperidona. Acude a centro de salud por presentar varios episodios de erecciones dolorosas intermitentes de unos 30 minutos de duración, en las últimas semanas. Desde hace 4 horas, manifiesta erección mantenida dolorosa, sin otros síntomas asociados. A la exploración, presenta constantes vitales normales, con testes en bolsa escrotal, reflejo cremastérico conservado, con erección peneana no completa, sin cambios de coloración. Ante estos hallazgos, se decide derivación a Urgencias de hospital de referencia. A su llegada se encuentra sin dolor con erección no completa, siendo valorado por cirujano pediátrico y urólogo, que recomiendan medidas conservadoras con frío local y diazepam, mejorando la clínica. Se contacta con Salud Mental que decide retirar risperidona, cambiando tratamiento a aripiprazol. Ante mejoría clínica con medidas conservadoras, es dado de alta a domicilio con buena evolución posterior. El priapismo es una erección prolongada y dolorosa de una duración mayor a 4 horas en ausencia de estímulo sexual. Es un motivo de consulta poco frecuente en Pediatría, sin embargo, es de obligado conocimiento por parte del pediatra, ya que su demora diagnóstica puede acarrear consecuencias graves como disfunción eréctil irreversible. El priapismo es uno de los efectos secundarios provocados por el medicamento tomado por nuestro paciente, la risperidona, debido a su afinidad por los receptores alfa 1 adrenérgicos, la producción anormal de óxido nítrico y adenosina. Es importante conocer dicho efecto adverso para poder sospecharlo y manejarlo de manera precoz desde la consulta.

PD-106

EDEMA PALPEBRAL Y ORZUELOS DE REPETICIÓN PREVIOS AL DIAGNÓSTICO DE HIPERMETROPÍA ALTA

Pous Martínez, S.; Guerrero Román, B.; Martínez Barba, C.; Muñoz Rodríguez, M.A.; Peña Novas, C.; Polidura Navío, A.; Rueda Zafra, P. - Equipo de Atención Primaria de Pediatría

Territorial Viladecans (CAP Montbaig), Viladecans, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD106>

Anamnesis: Paciente de 7 años que acude a consulta de Pediatría en diversas ocasiones por presentar orzuelos y edema palpebral, de repetición, en ojo izquierdo. Edema palpebral matutino que dura entre 3-5 días con mejoría clínica a lo largo del día. No presenta prurito ni eritema o eritema mínimo, no calor local ni fiebre. Refiere molestias para la apertura palpebral cuando es intenso. Episodios repetitivos, cada 3-4 semanas que duran 48-72 horas, de 1 año de evolución. Tras varios episodios de recaída autolimitados sin tratamiento, se hace interconsulta a oftalmólogo de referencia que indica derivación a centro especializado para estudio. **Procedimientos diagnósticos y tratamiento:** Orzuelos y edema palpebral resueltos tras tratamiento antibiótico prescrito. Como pruebas complementarias se descarta síndrome nefrótico mediante analítica de orina. Valorado por Oftalmología: exploración clínica dentro de la normalidad. Agudeza visual: se diagnostica de hipermetropía (+7 dioptrías en ojo Izquierdo y +5,5 ojo derecho). Se decide realizar resonancia magnética para descartar patología vascular orbitaria con resultado dentro de la normalidad. Tras conocer diagnóstico de hipermetropía se inicia tratamiento con lentes correctoras, dando lugar a la desaparición de la clínica asociada de forma definitiva. Se obtiene consentimiento por escrito. **Resultados:** Tras el correcto diagnóstico y el inicio de tratamiento con lentes correctoras, se consigue erradicar la clínica asociada, orzuelos y edema palpebral intermitentes, de forma definitiva. **Conclusiones:** El correcto diagnóstico consigue la resolución del problema, mejorando el déficit visual y aumentando la calidad de vida del paciente. Sería conveniente hacer un protocolo para aquellos pacientes con orzuelos de repetición al tratamiento convencional y su derivación al optometrista.

PD-107

QUÉ NO TE ASUSTE LA FLICTENULOSIS

De Pablo García, M.; Escalona Gil, A.M.; Martín Galache, M.; Jiménez Domínguez, A.; Ferrín Ferrín, M.A.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.PD107>

Anamnesis: Escolar de 7 años que refiere ojo rojo derecho desde hace siete días, sin secreción mucopurulenta, dolor ni disminución de la agudeza visual. **Exploración física:** A la exploración destaca inyección conjuntival en ángulo interno que alcanza el borde corneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza tinción con fluoresceína donde se aprecian infiltrados paralimbares contiguos en ángulo nasal, diagnóstico de flictenulosis. Se prescribe tratamiento antibiótico tópico (colirio oftálmico) con tobramicina. **Conclusiones:** La queratoconjuntivitis flictenular o flictenulosis constituye una reacción de hipersensibilidad retardada que afecta a la conjuntiva y a la córnea. Se da con más frecuencia en niños y adultos jóvenes sensibilizados al *Staphylococcus aureus* que coloniza los párpados de estos pacientes, presentando posteriormente reactividad cruzada contra otros agentes infecciosos y aeroalérgenos, entre los que se describen *Streptococcus viridans* y *Mycobacterium tuberculosis*. El tratamiento no es específico e incluye diversas pautas que pueden combinar corticoides y antibióticos tópicos y sistémicos. Como complicaciones se describen disminución de la agudeza visual, úlcera, neovascularización y perforación corneal, ambliopía, y afectación de las células stem limbares. Resaltar la importancia de reconocer los signos propios de esta afectación, así como el arsenal terapéutico disponible para evitar la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.

SIN DEFENSA

P-001

ALTERACIONES VISUALES POR FOSFOMICINA

Montero Placeres, A.; Hernández Pinchete, S.; Madruga Zaera, Á.; Urbano Ruíz, C.; Ríos Crooke, C.; Garrido, M.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P001>

Anamnesis: Escolar de 8 años que acude a Urgencias derivada por su pediatra por pérdida aguda de la agudeza visual binocular. Refiere, además, desde hace un par de días, cefalea frontal de intensidad leve-moderada, sin otra clínica asociada. En tratamiento desde hace algo más de 24 horas con fosfomicina por infección del tracto urinario (ITU). **Exploración física:** Exploración física sistemática sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica normal con discreto nistagmo de la mirada extrema con agotamiento. Tras exploración física, se decide contactar con Servicio de Oftalmología para valoración, donde por su parte, no observan patología oftalmológica en el momento actual. Se reevalúa a la paciente, con normalidad de toda la exploración neurológica exceptuando la reactividad pupilar imposible de valorar, ya que la paciente se encuentra con la pupila dilatada tras su paso por Oftalmología. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se decide realizar una tomografía computarizada craneal para descartar patología orgánica, con normalidad en los resultados de la prueba de imagen. Finalmente, tras hablar con Servicio de Oftalmología se llega a la conclusión de posible alteración visual por toma de fosfomicina como efecto adverso de dicho fármaco, raro pero posible. Se retira la fosfomicina y se da alta domiciliaria con cefixima oral, con resolución completa de la clínica visual en las siguientes 48-72 horas. **Conclusiones:** La fosfomicina es un antibiótico muy utilizado para infecciones del tracto urinario en pacientes mayores de 12 años y ya aprobado para su uso en ITU bajas en pacientes mayores de 6 años. Entre sus efectos adversos más comunes destacan cefalea, mareos, diarrea, náuseas, dolor abdominal... Aunque existen efectos adversos con frecuencia desconocida como las reacciones alérgicas, alteraciones visuales y falta de apetito, que siempre debemos tener en cuenta a la hora de realizar diagnósticos diferenciales.

P-002

BABEO DE RECIENTE APARICIÓN EN EL LACTANTE. SOLO EL QUE BUSCA ENCUENTRA

Díaz Hernández, L.I.; Marrero Falcón, H.X.; Vizcaíno Gómez, A.; Quintana García, B.; Manzano Gracia, I.; Espinel Padrón, Z.; Maján Rodríguez, A.; Caballero Estupiñán, E.; Angulo Moreno, M.T.; Angulo Moreno, M.E. - Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canarias, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P002>

Anamnesis: Lactante varón de 11 meses, sin antecedentes de interés, que acude por presentar un vómito tras ingesta de puré de verduras y ternera. No referían dificultad respiratoria ni fiebre, aunque sí babeo continuo desde el vómito, con rechazo de la ingesta. **Exploración clínica:** Peso: 9,2 kg. TA: 118/65 mmHg. FC: 118 lpm. SatO₂ 100 %. Glucemia: 104 mg/dl. Buen estado general,

sin exantemas. Activo. Fontanela normotensa. Relleno capilar menor de 2 segundos. No estridor ni signos de dificultad respiratoria. Auscultación cardiopulmonar normal, sin sibilantes. Abdomen anodino. Orofaringe hiperémica sin edema de úvula, aunque con edema a nivel lingual anterior. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de reacción alérgica, se administra corticoterapia a 2 mg/kg y antihistamínico oral a 0,3 mg/kg. Permanece en observación 5 horas, y tras comprobar adecuada ingesta y tolerancia oral se da de alta. A las 24 horas consulta por persistencia del babeo y rechazo a la alimentación. Tras permanecer bajo observación 7 horas, vuelve a ser dado de alta con adecuada ingesta. A los 2 días del episodio inicial, y tras intentar dar un biberón por llanto durante la noche, realiza otro vómito, objetivando la madre un cuerpo extraño en la boca del niño (pegatina de unos 2,5 cm), permaneciendo posteriormente asintomático, sin babeo y con adecuada ingesta. **Conclusiones:** La ingesta de cuerpo extraño, junto con la aspiración, es la principal causa de morbimortalidad, fundamentalmente en menores de 3 años. No siempre es fácil su diagnóstico, si no se ha presenciado el episodio, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para evitar complicaciones. Aunque la mitad de los pacientes se encuentran asintomáticos, existen síntomas que pueden orientarnos, como el inicio súbito de vómitos, babeo e irritabilidad con rechazo de ingesta, especialmente si el cuerpo extraño se encuentra en orofaringe.

P-003

CASUALIDADES INOPORTUNAS. LESIÓN RENAL EN RIÑÓN CON FUNCIÓN MAYORITARIA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA RENAL PREVIA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPLICACIONES RENALES

González De Prádena, B.; Domínguez García, C.; Vela Enríquez, F.; Ortiz, M.; Ruiz Sánchez, A.M.
Hospital Torrecaídas, Almería, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P003>

Anamnesis: Paciente de 13 años con hemofilia A leve en tratamiento a demanda (factor-VIII), estenosis pieloureteral derecha y megauréter bilateral intervenidos, nefropatía por reflujo (función de riñón derecho 37,44 % y riñón izquierdo 62,56 %), trasladado por hematuria macroscópica y dolor en flanco e hipocondrio izquierdos tras traumatismo directo en flanco (caída jugando al fútbol). **Exploración:** Peso 68 kg. Talla 170 cm. Tensión arterial (TA): 117/56 mmHg (TAM: 80 mmHg), frecuencia cardiaca (FC) 101 lpm. SatO₂ 99 %. Escala EVA: 0. Hematomas en ambas rodillas. Auscultación: arritmia respiratoria. Abdomen: dolor selectivo en flanco izquierdo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En hospital de origen se canalizan dos vías venosas, se administra factor-VIII intravenoso (40 UI/kg), carga de volumen por hipotensión, paracetamol y cloruro mórfico y se realizan analítica sanguínea, TAC abdominal (hemorragia intrarrenal) e interconsulta con Urología, recomendando observación, reposo absoluto sin cirugía. A su llegada a UCI pediátrica, TA, FC y SatO₂ normales, se repite dosis de factor-VIII y corticoterapia intravenosa, sueroterapia, dieta absoluta y sondaje vesical. Se mantiene estable hemodinámicamente, diuresis presente cuantificada, sin dolor con analgesia de primer nivel. Se realiza arteriografía (objetivándose dos pseudoaneurismas y tratamiento con

embolización selectiva de arterias arciformes). Ante aclaramiento macroscópico de orina, se realiza ecografía (coágulo obstructivo en uréter distal izquierdo con tabique sin Doppler y urinoma pararenal con autorresolución espontánea) y analítica (creatinina elevada, máximo 1,41 mg/dl (filtrado glomerular: 50 ml/min/1,73 m²) y descenso de hemoglobina 3 puntos). Tras varios días de ingreso con mejoría progresiva, es dado de alta domiciliaria, asintomático posteriormente. **Conclusiones:** Son importantes las complicaciones tras traumatismo renal, incluyendo, como diagnóstico diferencial, la posibilidad de tabique organizado o disección segmentaria del urotelio. Existe una clasificación radiológica según TAC con alta correlación con resultados clínicos. En ocasiones, el tratamiento intervencionista es de elección para cesar hemorragia activa intrarenal. La asociación americana de Pediatría recomienda informar a familiares de pacientes nefróticas de los riesgos sin restringir deportes.

P-004 ROJO PARECE, SANGRE NO ES

Díaz Hernández, L.I.¹; Artetxe Barroso, A.²; Ugarte Agirre, J.²; Cerezo Corredera, S.²; Rodríguez, P.²; Flores, B.³; Beneto, A.⁴; Marrero Falcón, H.X.¹; Acedo Alonso, Y.²; Gómez Cortes, B.².

¹Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España; ²Hospital de Cruces, Barakaldo, España;

³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España;

⁴Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P004>

Anamnesis: Niño de 10 años que consulta por orina roja uniforme durante toda la micción, indolora y sin coágulos. No clínica miccional ni catarral, fiebre, artralgias, traumatismo ni ingesta de alimentos/colorantes rojos. Presentó faringoamigdalitis estreptocócica la semana previa, por la que recibió amoxicilina. Desde hacía 2 días presentaba dolor abdominal, tratado con metamizol. **Exploración clínica:** Peso 27,2 kg. Frecuencia cardíaca: 61 lpm. Tensión arterial: 93/55 mmHg. Buen estado general, sin exantemas, hematomas, petequias ni edemas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino, con puñopercusión renal negativa, y exploración genital normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de hematuria se realizó un sistemático y sedimento urinario, siendo normal, incluyendo determinación de hemoglobina, hematíes y mioglobina. Dada la administración reciente de dos fármacos, se interroga nuevamente sobre ellos, averiguando que 8 horas antes habían administrado una dosis errónea de metamizol: 7 ml en lugar de 0,7 ml (concentración 500 mg/ml, lo que equivaldría a 128 mg/kg, siendo la dosis tóxica por encima de 100 mg/kg). En Urgencias se administró un bolo de suero fisiológico 0,9 % a 20 ml/kg y se realizó electrocardiograma, analítica sanguínea incluyendo hemograma, coagulación, iones, perfil hepato-renal y gasometría venosa, con resultados normales. Se mantuvo 4 horas en observación con monitorización cardíaca, normalizándose la coloración de la orina, y fue dado de alta. **Conclusiones:** Ante una orina rojiza se debe confirmar la presencia de hematuria mediante tira de orina y sedimento. Entre las causas de falsa hematuria se encuentran los fármacos, destacando el metamizol por ser una medicación de uso habitual en Pediatría y que la concentración de la presentación oral facilita la toxicidad en caso de error de dosis. La causa del color rojizo tras una sobredosificación es la excreción en orina del metabolito ácido rubazónico. La intoxicación por metamizol puede producir hematuria verdadera secundaria a nefritis intersticial.

P-005

UNA INFRECUENTE CAUSA DE VÓMITO. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Roldán Montero, M.¹; Roldán Montero, A.I.²;

María Dolores Sánchez, C.¹; Torres Soto, M.¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España;

²CS San Bartolomé (Lanzarote), San Bartolomé, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P005>

Anamnesis: Preescolar de 2 años que consulta por tres vómitos alimentarios en la última hora. Afebril. No otra clínica digestiva. No clínica catarral ni cefalea. Niegan ambiente epidémico ni otros familiares afectos. Antecedentes personales: sana. Vacunas regladas. **Exploración física:** Temperatura 36,9°C. Peso: 12,5 kg. Saturación de oxígeno 98 % con aire ambiente. Frecuencia cardíaca: 145 latidos por minuto. Tensión arterial: 79/50 mmHg. Triángulo de evaluación pediátrica estable. Normocoloración de piel y mucosas. Se aprecian restos de hollín en región facial y ambas manos. Sin signos de deshidratación. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica normal. Se reinterroga a la familia sobre exposiciones a humo, refiriendo que la paciente había pasado varias horas frente a la chimenea antes del inicio de la clínica, sin adecuada ventilación de la habitación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante probable intoxicación por monóxido de carbono (CO), se realiza gasometría capilar que muestra alterada la fracción de carboxihemoglobina de 9,7 % (FCOHb) (valores normales <2-5 %), sin otros hallazgos patológicos. Ingresa en observación, iniciándose oxigenoterapia con fracción inspiratoria (FiO₂) de 100 %, obteniéndose cifras de FCOHb de 2,2 % y 0,7 % a las 2 y 4 horas, respectivamente. Reinicia tolerancia oral sin nuevos vómitos, siendo dada de alta tras 9 horas en observación. **Conclusiones:** - La intoxicación por CO supone el 1,5-5,2 % de las intoxicaciones infantiles en España, siendo una entidad infradiagnosticada por la inespecificidad de sus síntomas, predominando la clínica digestiva y neurológica. - Ante su sospecha, debemos realizar gasometría con cooximetría, considerándose intoxicación con niveles de FCOHb superiores al 5 %. - El tratamiento consiste en la retirada de la fuente de CO y aplicación de oxígeno con FiO₂ de 100 % hasta obtenerse niveles de FCOHb inferiores a 5 %. Debe plantearse la asociación con la intoxicación por cianuro, por lo que debería asociarse su antídoto específico (hidrocoalamina).

P-006

UTILIDAD DEL DETECTOR DE METALES EN LA DETECCIÓN Y LOCALIZACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS METÁLICOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Mollá Álamo, A.; Angelats Romero, C.M.; Morcillo

Martínez, C.; Collado Izquierdo, L.; Ramírez Amoraga, N.;

Pena Lahoz, M.; Lora Martín, A.; Felipe Almira, E. - Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P006>

Introducción y objetivos: La ingesta de cuerpos extraños (CE) metálicos es un motivo de consulta frecuente. El manejo habitual incluye la realización de radiografías. Hay protocolos que abogan por emplear detectores de metales (DM). Este estudio trata de validar la utilización del DM en nuestra población, y así disminuir el número de radiografías realizadas, las derivaciones y los posibles costes. **Métodos:** Es un estudio descriptivo prospectivo que incluye a los <14 años, estables, que acuden a Urgencias hospitalarias por ingesta de CE metálico, entre enero 2019 y mayo 2023. Para ello, se barre con el DM, si emite señal, se anota la localización y se solicita radiografía de esa sección.

En caso de no emisión de señal, se solicitan radiografías de todas las secciones. **Resultados:** 88 casos: 54 verdaderos positivos, 2 falsos positivos, 21 verdaderos negativos y 11 falsos negativos. Especificidad del 91,3 % y sensibilidad del 83 %. Localización: 2 cuello, 1 tórax y 62 abdomen. El 96,4 % de las veces que el DM emitió señal se comprobó la presencia en esa sección. Aunque presentaba cierta inexactitud en la localización precisa. La inexactitud no supuso un cambio del manejo. El objeto más frecuente fue la moneda (N = 39), siendo detectadas con el DM el 97 %. **Conclusiones:** Según nuestros resultados, el DM podría ser útil para disminuir la realización de radiografías si emite señal en abdomen, especialmente si es una moneda. La no emisión de señal del DM no asegura la ausencia del CE y se debe valorar la realización de radiografía. Los falsos negativos podrían deberse al tamaño del CE, la interposición ósea, una cantidad de metal menor, se necesitaría una muestra mayor para llegar a conclusiones definitivas. La utilidad del DM para comprobar progresión en abdomen del CE es dudosa, dada la inexactitud de localización.

P-007

¿QUÉ DEBEMOS SABER DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS?

Miralles Frases, O.; Carvajal Roca, E.; Nieto García, A.; Fornes Vivas, R.M.; Picó Sirvent, L. - Hospital La Salud, Valencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P007>

Objeto del trabajo: En España se sirven cada año 14.000 millones de tazas de café. Este hecho sumado al auge de las bebidas energéticas, pone al alcance de cualquier adolescente, altas dosis de cafeína sin ninguna limitación o control. El 75 % de los hogares en España admite haber comprado una "Coca-Cola" en 2020 y la empresa "Red Bull" batió su récord de producción en 2020, alcanzando 1 bebida energética por habitante del mundo. Nuestro objetivo es conocer las dosis seguras de consumo de cafeína según edad, resaltar las principales fuentes de cafeína en adolescentes y reconocer una sobredosis y la actuación ante esta. **Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la ingesta de cafeína y su contenido en las distintas bebidas más utilizadas en la infancia y adolescencia. Se ha tratado de dar un punto de vista lo más generalizado y actualizado posible sobre los aspectos más relevantes de esta sustancia. **Resultados:** El inicio de la cafeína en adolescentes va unido al aumento de cargas estudiantiles. No hay edad adecuada para el inicio de su consumo, pero conocemos las dosis que pueden resultar perjudiciales. Antes de 12 años no sería recomendable. La dosis máxima en una única toma no debe superar 2,5 mg/kg / 85 mg/día entre 6-12 años. Los >12 años no deben sobrepasar 400 mg/día o 3 mg/kg / 200 mg en dosis única. Los preparados deportivos presentan concentraciones muy elevadas que pueden manifestar de manera sencilla los síntomas de sobredosis. **Conclusiones:** No existe una edad fija para el inicio del consumo de cafeína. Debemos controlar su ingesta de acuerdo a las dosis que pueden generar toxicidad. Las principales fuentes en adolescentes son el café y bebidas energéticas, aunque existe un auge de los suplementos deportivos. La sobredosis por cafeína es rara y su tratamiento precisa benzodiacepinas, hidratación y oxigenoterapia.

P-008

HEMATOCOLPOS: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN ADOLESCENTES

Carrión Medina, A.¹; Benítez Fernández, I.²; Losada Machuca, M.¹; Del Solar Rico, J.¹; Aboza García, M.R.²; Borja Urbano, G.²; Molina Ureba, A.¹; De La Cruz Hidalgo, M.D.¹; García Matamoros, L.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España; ²Centro de Salud Polígono Norte, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P008>

Nina de 11 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias de nuestro Centro de salud por dolor abdominal en hipogastrio, que cede parcialmente con analgesia, junto con imposibilidad para la micción de 24 horas de evolución. No refiere menarquia. Afebril, sin otra sintomatología asociada. En la exploración física se objetiva distensión abdominal acompañada de una masa suprapúbica dura y dolorosa a la palpación compatible con globo vesical. A la exploración de genitales externos se evidencia una masa protruyente en el introito vaginal. Se deriva a hospital de referencia para valoración por ginecología. A su llegada, se lleva a cabo sondaje vesical previo a la realización de ecografía abdominal, en donde se aprecia una masa de contenido heterogéneo en la vagina sugestiva de hematocolpos por himen imperforado. Posteriormente, se practica una himenectomía en cruz evacuatora, presentando una evolución favorable. El hematocolpos es un diagnóstico infrecuente que debemos sospechar ante niña mayor o adolescente con amenorrea primaria en contexto de dolor abdominal agudo o masa en hipogastrio. En ocasiones, cursa con retención aguda de orina, disuria o estreñimiento, entre otros. El himen imperforado puede asociarse a otras malformaciones vaginales, uterinas o urinarias, que hay que descartar. El diagnóstico de sospecha puede hacerse desde la consulta de Atención Primaria, realizando una adecuada anamnesis y una cuidadosa exploración de genitales externos. Debe realizarse un diagnóstico precoz, por el riesgo de complicaciones que pueden presentar estas pacientes (endometriosis, adenosis vaginal, fibrosis y esterilidad). El diagnóstico definitivo lo da la ecografía abdominal y su tratamiento consiste en una himenectomía en cruz, presentando un pronóstico favorable en la gran mayoría de pacientes.

P-009

PALPITACIONES DE CAUSA NO CARDIACA

García Cuenca, A.; Iglesias González, B.; Fernández Pascual, M.; De Miguel Cáceres, C.; Yebra Yebra, J.
 Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P009>

Anamnesis: Niña de 12 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias derivada desde AP por haber objetivado hace 3 días bultoma cervical asociado a palpitaciones, nerviosismo, temblor, pérdida ponderal y aumento de la ingesta en el último mes. Afebril en todo momento. Niega ingesta de medicación o consumo de tóxicos. En su centro de salud se objetiva tensión arterial (TA) de 158/124 mmHg y frecuencia cardiaca (FC) de 145 lpm. Se realiza un electrocardiograma donde se objetiva una taquicardia sinusal. **Exploración clínica:** TEP estable. FC 130 lpm. TA 140/90 mmHg. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Buena coloración de piel y mucosas. No exantemas ni edemas. Bocio visible a simple vista, grado 2-3, no doloroso ni eritematoso, sin datos de inflamación. No se palpan nódulos. No presenta exoftalmos. AC: taquicardia rítmica, no se auscultan soplos. Temblor distal de extremidades superiores. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Análisis sanguínea: TSH 0.02 µU/ml, T4 libre: 6,27 ng/dl T3 libre: >20,00 pg/ml. Ac. Antitiroideos-TG (2ª gen): 453,30 UI/ml Ac. Antimicrosomales-TPO: 7.166,00 UI/ml TSI 35,56 U/L. - Ecografía tiroidea: los lóbulos tiroideos tienen un tamaño aumentado con unos contornos ligeramente globulosos. El parénquima tiroideo muestra una ecogenicidad heterogénea, apreciándose áreas hipocogénicas de morfología pseudonodular distribuidas por ambos lóbulos. No se identifican formaciones nodulares sólidas o quísticas claramente definidas. Aumento de la vascularización tiroidea en modo Doppler. - Electrocardiograma: taquicardia

sinusal a 140 lpm. Ante sospecha de hipertiroidismo de Graves se inicia tratamiento con propranolol (0,7 mg/kg/dosis) para controlar la sintomatología y metimazol a 15 mg/día cada 8 horas con clara mejoría. **Conclusiones:** No todas las palpitaciones presentan causa cardiaca. Las palpitaciones, nerviosismo, HTA y taquicardia asociado a bocio, no debe hacer pensar en hipertiroidismo. La tirotoxicosis requiere diagnóstico precoz y tratamiento.

P-010

PERCEPCIÓN DE LOS USOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS EN PADRES DE ADOLESCENTES

Robledo Díaz, L.¹; Duro Fernández, M.Á.²; Carvajal Roca, E.³; Fornes Vivas, R.⁴; Nieto García, A.⁴; Güemes Heras, I.⁴; Picó Sirvent, L.⁴. - ¹Universidad de Valencia, Valencia, España; ²Universidad Católica San Vicente Mártir, Valencia, España; ³Universidad Católica San Vicente Mártir, Valencia, España; ⁴Hospital Católico Universitario La Salud, Valencia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P010>

Objetivos: Explorar la relación existente entre los usos de los Servicios Médicos de Urgencias y la percepción de padres y madres de adolescentes sobre los profesionales, después de que sus hijos/as han cumplido los 15 años. **Metodología:** Estudio transversal exploratorio en una muestra de 104 padres y madres de adolescentes a los que se les aplicó un cuestionario con 8 preguntas dicotómicas y 8 tipo Likert. Se estableció un nivel de confianza del 95 % y la hipótesis nula (H₀) se rechazó con valor $p < 0,05$. **Resultados:** Los padres de pacientes del grupo (15, 18) declararon en un 67 % (n = 32) que a sus hijos/as no se le realizan revisiones de salud actualmente, frente a un 36 % (n = 20) de los del grupo (12, 14) que respondieron de manera similar a la misma pregunta ($p = 0,02$). El 69 % (n = 22) del grupo (15, 18) que no reciben revisiones, indicaron haber acudido con mayor frecuencia a puertas de Urgencias desde que su hijo/a ha abandonado la consulta de Pediatría, mientras que los que sí las reciben lo marcaron en un 38 % (n = 6), ($p = 0,04$). Ello supone que aquellos pacientes a los que no se les realiza un seguimiento periódico, tienen una razón de probabilidad OR = 2 de acudir a Urgencias. Asimismo, una menor puntuación en los ítems “el médico conoce la evolución (historia clínica) y antecedentes de salud de mi hijo/a hasta el momento” y “siento la confianza y tranquilidad para compartir mis dudas y las de mi hijo con el médico”, se relaciona con indicar haber acudido con mayor frecuencia a puertas de Urgencias ($p = 0,01$ y $p = 0,02$, respectivamente). **Conclusiones:** Los resultados sugieren que los pacientes adolescentes pueden utilizar inadecuadamente los Servicios de Urgencias debido a la falta de seguimiento después de los 15 años, la falta de confianza en su médico y su desconocimiento de dónde acudir.

P-011

ÚLCERA BUCAL EN ADOLESCENTE, UN DIAGNÓSTICO INESPERADO Y DE CRECIENTE IMPORTANCIA

Fresno Jorge, P.; Gómez Anca, S.; Martínez Paz, P.; Corral Roso, P.; Ascunce Abad, M.; De Miguel Cáceres, C.; López López, R. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P011>

Anamnesis: Mujer de 15 años que acude a Urgencias por odinofagia de 20 días de evolución. Desde hace 5 días placa purulenta en paladar blando derecho, que ha ido empeorando progresivamente. Afebril. No limitación a la movilidad cervical. Niega lesiones en otras localizaciones. Ha recibido tratamiento con prednisolona y

analgésicos orales sin mejoría. Tras anamnesis dirigida reconoce haber mantenido relaciones sexuales consentidas tanto por vía vaginal (con preservativo) como oral (sin protección). **Exploración física:** A nivel del paladar blando derecho se observa úlcera recubierta de fibrina de unos 2 cm. Varias adenopatías a nivel cervical, dolorosas, móviles, no adheridas a planos profundos. Genitales femeninos normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea con hemograma, función renal, hepática e iones normales, proteína C reactiva 4,2 mg/L. Streptotest faríngeo positivo. Se extraen serologías sanguíneas (sífilis, hepatitis, herpes simple, herpes 6, parvovirus, citomegalovirus, VIH negativos). Se toman muestras faríngeas para virus (negativos), cultivo faríngeo convencional (flora saprófita), amplificación genómica de infecciones de transmisión sexual (ITS) faríngea y en orina. Tras interconsulta a Otorrinolaringología y ante la sospecha de que pueda tratarse de una ITS, se administra una dosis de ceftriaxona intravenosa en Urgencias y al alta se prescribe azitromicina durante 3 días y amoxicilina-ácido clavulánico 10 días. Finalmente, resultado de amplificación genómica de ITS faríngea negativa, pero en orina *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* positivos. Se repite estudio pasado periodo ventana y se confirma erradicación. **Conclusiones:** Las ITS constituyen un importante problema de Salud Pública y los adolescentes son una población especialmente vulnerable a padecerlas y transmitir las. Ante el aumento de incidencia en adolescentes, debemos preguntar sobre relaciones sexuales e incluir en el diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis la posibilidad de ITS. La educación sexual es una herramienta fundamental para su prevención y se deberían buscar formas de comunicación más eficaces con los adolescentes.

P-012

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

Álvarez Smith, C.I.; De Arriba Méndez, S.; Jiménez Domínguez, A.; Ríos Crooke, C.; Martín Galache, M.; Alcubilla García, L. - Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P012>

Niña de 5 años de edad que acude a Urgencias pediátricas tras presentar reacción cutánea de carácter ecematoso en pabellón auricular tras usar por primera vez un pendiente bañado en oro. No alergias previas conocidas, con buena tolerancia a pendientes de farmacia. Se pauta tratamiento tópico con Liade pomada®, sin mejoría de las lesiones, extendiéndose las mismas a tronco y extremidades. Ante la ausencia de resolución vuelve a solicitar valoración en Urgencias, siendo valorada en dos ocasiones. La primera de ellas se diagnostica como ecema de pabellón auricular probablemente secundario a dermatitis alérgica de contacto y se pauta tratamiento con corticoide tópico. Las lesiones presentan empeoramiento, esta vez asociado a componente exudativo y costras amarillentas, por lo que en la segunda valoración es diagnosticada de ecema impetiginizado. Una vez instaurado el tratamiento antibiótico tópico dirigido y fracasar el mismo, se decide derivación preferente a consultas externas de Alergología infantil dada la persistencia en el tiempo del cuadro y la asociación de diferentes tipos de manifestaciones cutáneas. En consultas de Alergología se realiza estudio inicial dirigido de alergia a metales y contactantes en general, mediante pruebas epicutáneas. A las 48 horas de la prueba la paciente presenta resultado positivo para bacitracina, visualizándose llamativo eritema vesiculoso en la zona del apósito para dicho antibiótico tópico. Dada la reacción, se decide que se trate con corticoide tópico (metilprednisolona aceponato tópica) en la zona afectada y se cita para lectura completa

de panel de alérgenos en 96 horas. En la lectura final, se visualiza resultado positivo para bacitracina y neomicina tópica, por lo que se decide completar estudio de alergia medicamentosa a la familia de los aminoglucósidos.

P-013

PICADURAS DE ARTRÓPODOS COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Vega Bayón, M.; Vega Gutiérrez, M.; Uribe Reina, M.P.; Marcos Temprano, M. - Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P013>

Introducción: La mayoría de las picaduras de artrópodos son reacciones cutáneas leves mediadas por mecanismo no alérgico y pueden tratarse ambulatoriamente de manera sintomática. Las picaduras de himenópteros son las que con mayor frecuencia pueden provocar reacciones alérgicas graves (causantes del 35 % de las anafilaxias en niños). Y algunas, como las de garrapata, pueden transmitir enfermedades a los seres humanos precisando observación clínica durante un periodo de tiempo. **Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de casos atendidos en Urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por picaduras entre enero y diciembre de 2021. **Resultados:** El número total de casos atendidos fue de 39 (19 niños y 20 niñas), edad media 6,18 años, rango 11 y desviación estándar 3,11. La mayoría de las picaduras ocurrieron en época estival. Lo más habitual fue desconocer el insecto que les había picado, cuando este pudo identificarse, la primera causa fueron los himenópteros (15,5 %) seguidos de garrapatas (15 %). La localización más frecuente de la picadura, fue las extremidades superiores. El tiempo transcurrido entre la picadura y la visita a Urgencias, no fue preguntado en 28 % de casos y un 10 % fueron reacciones inmediatas. Clínicamente, la mayoría fueron reacciones cutáneas leves por mecanismo no alérgico tratadas sintomáticamente, sin embargo el 20 % desarrolló celulitis, precisando antibioterapia oral. No hubo reacciones alérgicas graves, sin requerirse posteriores derivaciones a Alergia infantil. **Conclusiones:** Es importante preguntar el tiempo transcurrido entre la picadura y su visita a Urgencias, debido a que las reacciones más graves y que requieren manejo precoz son las inmediatas. El 15,5 % fueron picados por himenópteros, aunque ninguno de ellos desarrolló reacciones graves. Hay que tener en cuenta la celulitis como posible complicación de la picadura, advirtiendo al paciente de los posibles síntomas de alarma para su consulta y tratamiento.

P-014

REPERCUSIÓN DE LA APLV EN EL LACTANTE: CÓMO ABORDAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

García Matamoros, L.; Benítez Fernández, I.; Molina Ureba, A.; González Rodríguez, R.M.; Haidour Salido, S.; Rodríguez Torres, M.; Carrión Medina, A.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; García González, M.; Pallares Alameda, M.
 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P014>

Anamnesis: Lactante de 6 meses, sin antecedentes personales de interés salvo lactancia materna exclusiva, que acude a consultas de Atención Primaria por escasa ganancia ponderal a partir de los 3 meses de vida, con una ganancia de menos de 50 g/semana sin asociar síntomas cutáneos, digestivos ni respiratorios. **Exploración:** A la exploración destaca escaso tejido adiposo, principalmente en

extremidades, siendo el resto de exploración, incluyendo exploración neurológica, normal. Se revisan gráficas de crecimiento, observándose una caída de hasta 2DE de curvas de peso/longitud (pasa de p50 al nacimiento a un p3); siendo perímetro cefálico normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante el diagnóstico de fallo de medro, solicitamos parásitos en heces y urocultivo que resultan negativos junto con analítica completa, donde destaca una elevación de proteína IgE específica a leche de vaca. Se retiran lácteos de la dieta materna y se inicia alimentación complementaria exenta de proteínas de leche de vaca, con resultado muy favorable, comenzando adecuada ganancia ponderal en torno 250 g/semana y volviendo a sus percentiles habituales (en torno a 25-50). **Conclusiones:** La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) constituye la alergia alimentaria más frecuente en menores de 2 años. La manifestación clínica más frecuente es la cutánea en forma de urticaria o angioedema, aunque también puede llegar a producir reacciones anafilácticas graves, síntomas digestivos e incluso fallo de medro. Se conoce de forma habitual como una patología benigna, debido a la buena respuesta a tratamiento de exclusión-provocación, sin embargo, no debemos olvidarnos de ella en el diagnóstico diferencial del fallo de medro, ya que puede tener repercusiones graves y en ocasiones irreversibles en el crecimiento de los niños.

P-015

¿NOS HEMOS OLVIDADO DEL SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO?

Giner Sopena, G.; Torres Palomares, D.; Tronchoni Belda, M.; Güemes Herás, I.; Carvajal Roca, E.; Fornes Vivas, R.M.; Pérez Feito, C.E.; Picó Sirvent, L. - Hospital La Salud, Valencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P015>

Anamnesis: Niña de 10 años que acude a Urgencias por cefalea, malestar, dolor torácico, exantema leve en tronco y fiebre de 5 días. Antecedente: COVID-19 hace 1,5 meses. Una dosis vacuna de COVID-19. **Exploración clínica:** Exploración en Urgencias: REG TEP inestable, palidez y dolor torácico. Hiperemia conjuntival y faringo-amigdalal con glositis. Adenopatías cervicales. Taquicardia rítmica. Hipoventilación en bases. Hepatomegalia. Signos meníngeos negativos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica inicial: hemograma normal. GOT 43 U/L, GPT 69 U/L, PCR 8,6 mg/dl. Rx de tórax: sin patología. Ingresada en planta con empeoramiento a las 24 h con taquicardia severa y desaturaciones y ante sospecha SIM-PedS vs EK ingresa en UCIP. Analítica control: incremento reactantes ProBNP de 6.270 pg/ml y dímero D 4,14 pg/ml. Presenta edema pulmonar y necesidades de O₂. ECG: alteración de repolarización y eco-cardio: coronarias ectásicas y función cardíaca normal. Tratamiento con cefotaxima, AAS, gammaglobulina y heparina asociando pauta de corticoides y diuréticos. Ante persistencia de edema pulmonar con empeoramiento analítico de inflamación, se sospecha tromboembolismo con angio TAC normal. Al 5º día evolución favorable, confirmándose ectasia coronaria administrando AAS a dosis antiagregante. Mejoría progresiva, dada de alta con controles ambulatorios y cardiológicos. Normalización analítica 2-3 semanas después coincidiendo con descamación de manos-pies. **Conclusiones:** Los niños con afectación cardiológica por SIM-PedS suelen recuperarse sin secuelas, debiendo mantener revisiones en Cardiología. El SIM-PedS presenta semiología similar a la EK, pudiendo formar parte ambos del espectro de una misma enfermedad con origen común en infección por coronavirus. Es importante conocer el SIM-PedS por su amplio espectro semiológico, requiriendo diagnóstico rápido dada su naturaleza agresiva.

P-016

A PULSO CON EL WOLFF PARKINSON WHITE

Calvo Sala, A.¹; Ruiz López, M.²; Rodríguez Díez, C.²; Al-Khatib, S.²; Murillo, A.¹; Zafra, M.C.¹; Mestres, G.¹

¹ABS La Selva del Camp, La Selva del Camp, España;

²Centro de Salud La Selva del Camp, La Selva del Camp, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P016>

Acude a la consulta de enfermería pediátrica con cita urgente, adolescente de 14 años acompañada de su padre. El padre refiere que mientras iban caminando al instituto ha empezado a tener sensación de falta de aire. **Anamnesis:** No antecedentes patológicos de interés exceptuando sobrepeso. Explican que esta sensación es habitual durante la práctica de ejercicio físico en el instituto desde hace meses. Solicitan cesar estas actividades. La escuela no lo permite asociándolo a una posible ansiedad y baja autoestima. El padre se muestra molesto, porque no le gusta practicar ningún deporte y se pasa las tardes sentada y viendo la tele. Se hace salir al padre, para abordar el tema de la relación familiar y social en el instituto. La adolescente niega cualquier conflicto en el instituto, pero sí que en casa refiere estar presionada para hacer deporte por parte de su padre, quién no cree que tenga sensación de falta de aire. **Exploración clínica:** Durante la visita se toman constantes vitales estando todas dentro de la normalidad. Procedemos a mirar el pulso radial de manera manual, detectando un ritmo arritmico motivo por el cual consultamos con pediatra y realizamos un electrocardiograma. En su valoración se constata un ritmo irregular y síndrome de preexcitación cardiaca. Es por ello que se decide derivación a hospital de referencia para estudio donde se acaba diagnosticando de un síndrome de Wolff Parkinson White. **Conclusiones:** Se demuestra la importancia de realizar una correcta y completa toma de constantes por parte de enfermería. También la importancia de realizar una anamnesis exhaustiva sin dejarnos influir por la valoración subjetiva del entorno del menor, analizando el motivo de consulta con una visión objetiva, rigurosa y analítica.

P-017

EL FONENDO DELATOR Y LA CIMITARRA

Bustelo Fernández, M.¹; Redondo Cervantes, V.²; Silva, C.²;

López Abel, B.². - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España;

²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. - <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P017>

Nuestra paciente es una lactante de 2 semanas de vida, con antecedentes obstétricos y perinatales sin interés, y al alta de la maternidad impresionaba de exploración normal. Es vista por su pediatra en los primeros 10 días de vida, al que le impresionan de latido cardiaco desplazado a la derecha, por lo que envía a consulta de Cardiología pediátrica. El resto de la exploración era anodina. De forma intercurrente a los 12 días de vida inicia clínica febril y postración, por lo que ingresa en Neonatología con el diagnóstico de Infección por parainfluenza, realizándose pruebas complementarias, entre ellas una radiografía de tórax que informan como prominencia y refuerzo de la trama perihiliar, y posible atelectasia de lóbulo superior izquierdo. Al alta, el pediatra de primaria mantiene sospecha clínica y la paciente es vista en Cardiología. Se revisan pruebas complementarias y se observa nominación errónea de lateralidad en radiografía de tórax, donde se puede ver una imagen de desplazamiento cardiaco a la derecha con un componente asociado de atelectasia de lóbulo superior derecho. Se realiza ecocardiografía con dextroposición cardiaca con levoapex con situs y conexiones aparentemente normales. Se completa estudio con angio TAC torá-

cico y eco abdominal. En la eco abdominal se confirma situs solitus visceral. Y en el angio TAC presenta agenesia de lóbulo pulmonar superior derecho con síndrome venolobar asociado y aporte vascular sistémico al lóbulo inferior derecho. Diagnosticándose de síndrome de la cimitarra. Este caso nos obliga a abrir los ojos a lo fundamental de la exploración, de la necesidad de distinguir lo normal de lo patológico y de no perder nunca de vista el papel del pediatra de primaria como primer eslabón imprescindible en la salud de la población pediátrica. En este caso demostrando ser la herramienta clave para lograr el diagnóstico de esta cardiopatía.

P-018

ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBAGUDA Y FENÓMENOS VASCULARES CLAVES EN SU DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

De Los Reyes Castellanos, B.; Cabello García, M.; Rueda Ramírez, C.M.; Pareja Grande, J.; González Marín, M.A.; Reyzaal Ereño, E.; García Cabezas, M.Á.

Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P018>

Anamnesis: Niña de 12 años, con antecedentes de displasia ósea frontometafisaria y displasia de la válvula mitral con insuficiencia mitral moderada. Consulta por fiebre, dolor abdominal, náuseas y cefalea de dos días de evolución. Previamente había sido ingresada por fiebre sin foco y cumplido tratamiento antibiótico durante 10 días tras detectarse bacteriemia por *Streptococcus viridans* (ampicilina y gentamicina empíricas, desescalando a penicilina G sódica tras antibiograma). Alta, 20 días antes de la consulta actual, tras resolución sintomática y hemocultivo de control negativo. **Exploración clínica:** Fenotipo peculiar. Soplo sistólico conocido. Caries dentales múltiples. Resto sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica: hemograma y bioquímica normal. Proteína C reactiva 3,2 mg/dl. Hemocultivo: *Streptococcus viridans*. Ecocardiograma: válvula mitral displásica de velos muy engrosados sin vegetaciones claras. Ecografía abdominal: bazo en tamaño límite alto de la normalidad. PET-TAC: sin captación de radiotrazador (18-fluoro-desoxiglucosa). Resonancia magnética cerebral: cinco lesiones hipointensas diseminadas, sugerentes de embolismos cerebrales. Se inicia tratamiento con penicilina G y gentamicina y se modifica a ceftriaxona tras antibiograma, completando 6 semanas. Dado que el posible foco infeccioso es dentario, se procede a la exodoncia de las piezas afectadas. Ausencia de síntomas neurológicos con evolución favorable durante ingreso y en revisiones posteriores. **Conclusiones:** La endocarditis infecciosa es una enfermedad en la que el endocardio, las válvulas o estructuras relacionadas, se ven afectadas por uno o varios microorganismos que generalmente actúan sobre una lesión anterior. Diversos estudios han realizado resonancia cerebral durante endocarditis demostrando, de forma consistente, lesiones frecuentes en el 60-80 % de los pacientes. Se trata de fenómenos vasculares embólicos, uno de los criterios menores de Duke, que facilitan el diagnóstico y que no siempre generan síntomas neurológicos. Recalamos la importancia de la buena higiene dental en pacientes con cardiopatías.

P-019

ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETA Y SU DETECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Llorente Romeral, B.; Lee Xia, I.; Aldana Villamañán, M.; Rosillo Martín, C.; Cabezas Alonso, B.; Guillermo Rodríguez, C.; Álvarez Gil, N.; Navarro Romero, J.P.; Escobar Pirela, H.D.

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P019>

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica, de origen desconocido con probable desencadenante infeccioso, con mayor frecuencia entre los 6 y 24 meses. Su diagnóstico es por criterios clínicos y analíticos, tales como la presencia de fiebre, adenopatías cervicales, eritema labial y oral, conjuntivitis bilateral no purulenta, cambios en extremidades y exantema, entre otros. Solamente las dilataciones coronarias son específicas. Sin tratamiento, hasta el 40 % desarrollan dilataciones coronarias transitorias y el 25 % aneurismas coronarios, siendo esta la mayor complicación. **Resumen del caso clínico:** Lactante de 17 meses derivada a Urgencias por fiebre de 6 días de evolución. Al inicio del cuadro febril, asociado a exantema generalizado, fue diagnosticada de otitis media aguda tratándose con amoxicilina. El exantema desapareció en 24 horas. Reconsultó por eritema del pañal con diagnóstico de candidiasis. Fue reevaluada por su pediatra, donde objetivó ictericia ocular, lengua aframbuesada, hepatomegalia y orina con leucocituria, por lo que es derivada a Urgencias. En la analítica, destacaba una elevación de PCR, bilirrubina total, transaminasas y proBNP, así como leucocitosis y trombocitosis. Ante sospecha de EK incompleto, se realizó ecocardiograma objetivándose dilatación de la coronaria izquierda ingresándose para tratamiento con gammaglobulina y AAS. **Conclusiones:** La variabilidad de los signos y síntomas de la EK conducen a un amplio diagnóstico diferencial, que incluye otros procesos infecciosos e inflamatorios. Es importante reconocer una EK incompleta, ya que, aun siendo autolimitada, tiene complicaciones potencialmente graves. La fiebre es el síntoma más constante y sobre el que gira el diagnóstico y pronóstico, y hay que recordar que la erupción perineal debe hacer sospechar de la enfermedad. Se ha demostrado que la inmunoglobulina intravenosa es efectiva para reducir los días de fiebre y el riesgo de aneurismas, si se administra precozmente.

P-020

EXTRASISTOLIA VENTRICULAR FRECUENTE DE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO. CONOCIMIENTO DE VARIANTES GENÉTICAS RELACIONADAS EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

González De Prádena, B.; Jiménez Liria, M.R.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P020>

La taquicardia del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) es una condición generalmente benigna, donde la mayoría de los niños son asintomáticos, diagnosticándose como hallazgo incidental. Su tratamiento está indicado solo en pacientes sintomáticos, empleando fármacos antiarrítmicos o ablación mediante cateterismo. Paciente de 10 años con antecedentes de fecundación *in vitro* y donación de óvulos, embarazo gemelar, recién nacido de adecuado peso al nacimiento, en seguimiento por talla baja en Endocrinología Infantil. **Exploración:** Destacan talla baja (p2, -2,13DE), craneosinostosis con escafocefalia y braquidactilia de meñiques. Durante el seguimiento, se realizó estudio de talla baja, incluyendo estudio genético, sin objetivar mutaciones de gen SHOX, pero sí diferentes variantes asociadas a múltiples síndromes, todos de herencia autosómico dominante (AD) (genes: TWIST1 c.531T>A, BMPRB1B c.1202G>A, SMARCAL1 c.1696A>G y FGFR1 c.1343G>A), algunos de los cuales incluían patología cardiovascular. Aunque asintomática, fue derivada a Cardiología Infantil, objetivando latido arrítmico y realizando ecocardiograma (normal) y electrocardio-

grama (extrasístoles ventriculares). Ante corazón estructuralmente normal, se solicitó Holter (rachas breves de taquicardia ventricular, la más larga de 5 latidos, y extrasístoles ventriculares frecuentes) y se interconsultó con hospital de referencia, realizando test de esfuerzo según protocolo BRUCE (normal), diagnosticando extrasístolia ventricular frecuente de TSVD. Esta taquicardia presenta una asociación descrita con la mutación BMPRB1B. Este caso refleja que con su estudio genético, compatible con patologías AD, una variante posiblemente patogénica podría ser diagnóstico de la enfermedad si presenta clínica. Sin embargo, en caso de ser asintomática, se debería considerar la posible penetrancia incompleta o expresividad variable del gen, precisando seguimiento a largo plazo para detectar complicaciones asociadas. Por otro lado, estos resultados tienen implicaciones hereditarias y familiares, y para definir la patogenicidad de dichas variantes, es recomendable el estudio de cosegregación (al ser donación de óvulos, en este caso solo al padre) y otros familiares (la gemela).

P-021

HALLAZGO CASUAL DE TAQUICARDIA EN PACIENTE CON TOS

Sánchez Bueno, I.¹; Pie Raventós, S.²; Morales Albert, C.³;
Pastor Arilla, C.¹; Sitjà Bou, A.¹. - ¹CAP Santa Clara, Girona, España;
²Hospital Univeristari Dr. Josep Trueta, Girona, España;
³CAP Can Gibert del Pla, Girona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P021>

Anamnesis: Acude a la consulta, paciente de 3 años por tos de 24 horas de evolución, afebril y sin otra sintomatología. No le han dado medicación. Sin antecedentes de interés. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrico estable. Auscultación cardiopulmonar: taquicardia a 200 lpm (latidos por minuto), sin soplos. Alguna sibilancia dispersa bilateral, sin tiraje, eupneica. Normotensa. Afebril. Saturación de hemoglobina 98 %. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** ECG (electrocardiograma): taquicardia 190 lpm, ondas P positivas en DII y negativas en DIII y AVF. PR 120 ms. QRS estrecho 80 ms. Eje QRS 60°. QTc: 363 ms. No alteraciones del ST. No ondas Q patológicas. No bloqueo de rama ni hipertrofia de cavidades. Se orienta como taquicardia de origen supraventricular. Se realizan maniobras vagales sin éxito. En Servicio de Urgencias hospitalario persiste taquicardia de 157 lpm a la llegada. Analítica general: hemograma, función hepática y renal normales, reactantes de fase aguda negativos. Troponina T 4,18 pg/ml y proBNP 115 pg/ml. Ecocardiografía sin hallazgos patológicos. ECG seriados: taquicardia de menor intensidad (120 a 140 lpm) con episodio durante el sueño de 200 lpm. Se realizan maniobras vagales sin éxito. Se administra adenosina a 0,2 mg/kg endovenosa disminuyendo durante pocos segundos la frecuencia cardíaca. Ante la sospecha de taquicardia Coumel versus taquicardia auricular se administra propanolol vía oral que produce descenso de la frecuencia cardíaca a 140 lpm. Se deriva a unidad de Cardiología pediátrica de hospital de tercer nivel, donde ingresa con telemetría que confirma taquicardia auricular. Se inicia tratamiento con propanolol y flecainida que devuelve el ritmo sinusal a la paciente. **Conclusiones:** En pacientes de corta edad, la taquicardia supraventricular da escasa sintomatología inicialmente y su detección supone un reto diagnóstico para el pediatra de Atención Primaria. Este caso clínico recuerda la importancia de realizar una exploración física sistemática siempre al paciente para el diagnóstico y tratamiento precoz de la taquicardia supraventricular.

P-022

LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

Escalona Gil, A.M.; Jiménez Domínguez, A.; De Pablo García, M.; Martín Galache, M.; Plata Izquierdo, B.; Manzano Domínguez, P. - Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P022>

Anamnesis: Escolar de 11 años sin antecedentes de interés, que acudió a consulta de Cardiología pediátrica derivado desde el Servicio de Urgencias por episodio de dolor torácico en ambos hemitórax, de características punzantes, no irradiado de inicio durante la ingesta de almuerzo. Presentó palpitaciones concomitantes al inicio, que cedieron espontáneamente, posteriormente sensación de mareo con dolor abdominal, náuseas y un vómito y dificultad respiratoria, síntomas que cedieron antes de su llegada al hospital. **Exploración clínica:** En la exploración física presentó triángulo de evaluación pediátrica, disfunción de sistema nervioso central y auscultación cardíaca sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, se realizó electrocardiograma en el que se objetivó alteración difusa de la repolarización con onda T negativa en derivaciones II, III, aVF, V3-V6 y fue derivado para valoración en consulta. El día que fue valorado en consulta (15 días tras su estancia en Urgencias), presentaba exantema maculoso disseminado, reticular, no pruriginoso, que respetaba palmas y plantas, acompañado de eritema malar bilateral. Ese mismo día se realizó electrocardiograma con persistencia de alteración difusa en la repolarización de la onda T ya en resolución (T negativa en derivaciones III y aVF e isodifásica en II y precordiales), se realizó ecocardiograma en el que no se objetivó derrame ni otras alteraciones, y analítica sanguínea con serologías en las que destacó la positividad de anticuerpos IgM frente a parvovirus B19. Ante las alteraciones objetivadas en las pruebas complementarias, el paciente fue diagnosticado de pericarditis aguda en resolución. **Conclusiones:** El dolor torácico es una causa de consulta frecuente en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Para su valoración, resulta fundamental una adecuada anamnesis y la realización de electrocardiograma. La presencia de alteraciones significativas en cualquiera de los anteriores, nos orientan hacia un dolor torácico de origen cardiológico.

P-023

REVISIÓN DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA EN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE 2017 Y 2023

Escalona Gil, A.M.; Jiménez Domínguez, A.; Martín Galache, M.; De Pablo García, M.; Domínguez Manzano, P.; Plata Izquierdo, B.
 Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P023>

Objeto del trabajo: Realizar una revisión de consultas por dolor torácico en Cardiología Pediátrica para analizar: sexo, edad, provincia de procedencia, antecedentes personales y familiares patológicos de interés, presencia de factores predisponentes (estrés o medicaciones). También características del dolor, localización, irradiación, sintomatología concomitante (cortejo vegetativo, pirosis, palpitaciones, síncope, inestabilidad, cianosis, disnea), y cambios del mismo con postura o respiración. También analizar alteraciones en pruebas complementarias, como orientación al diagnóstico y su relación con la sintomatología. **Material y métodos:** Se realizó estudio descriptivo retrospectivo tras recogida de datos mediante revisión de historias clínicas (1/1/2017-30/05/2023) de Cardiología Pediátrica de pacientes que consultaron por dolor torácico. **Resultados:** - Muestra de 226

pacientes, siendo 65,5 % varones y 34,5 % mujeres. La mayoría con edad comprendida entre 10 y 14 años (55,3 %). - 76,1 % no presentaban antecedentes familiares de interés. - 75,7 % no presentaban antecedentes personales de interés. - La mayoría referían dolor en reposo (55,7 %) a nivel centrotorácico (75,2 %), punzante (62,8 %) no irradiado (94,2 %) sin modificación con postura (89,8 %), ni con respiración (86,7 %). No asociaban cortejo vegetativo (92,5 %), pirosis (95,6 %), palpitaciones (72,1 %), sensación de inestabilidad (82,7 %) ni dificultad respiratoria (90,3 %). Solo 0,4 % presentaron síncope. - La mayoría no refería estrés (11,5 %) ni precisaba tratamiento farmacológico (80,53 %). - El 94,7 % no presentaba alteraciones en la exploración física. - El diagnóstico mayoritario fue dolor torácico inespecífico (88,9 %) seguido de dolor mecánico (6,2 %). Solo 3 presentaron patología cardiológica, todos ellos con alteraciones en el electrocardiograma. **Conclusiones:** - El dolor torácico constituye un motivo de preocupación frecuente. - Generalmente, presenta características inespecíficas y no origen cardiológico (1,3 %), aunque este debe incluirse en su diagnóstico diferencial, resultando fundamental anamnesis y electrocardiograma para identificar pacientes con potencial patología cardiovascular. - El 100 % de los pacientes con dolor torácico de origen cardiológico presenta alteraciones en la exploración física o electrocardiograma.

P-024

TELEEEKG. UN EJEMPLO DE COLABORACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

Muñoz López, C.; De Los Reyes Castellanos, B.; Rueda Ramírez, C.; Pascual Martín, M.; Cabello García, M.; González Marín, M.A.; Saucos Martínez, E.; Acero García De La Santa, L.; Reyzaal Ereño, E.; García Cabezas, M.Á.
 Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P024>

Anamnesis: Niño de 12 años remitido a Cardiología pediátrica por taquicardias. Refería, en reposo, comenzar con palpitaciones de 15-25 minutos. Inicio y fin bruscos, frecuencia de 1-2 vez/mes. No síntomas vegetativos ni latido cervical asociados. Antecedente de asma con alergia a pólenes de gramíneas y olivo con inmunoterapia, antihistamínicos y broncodilatadores (buen control). No antecedentes familiares relevantes. **Exploración física:** Fenotipo normal. Peso 51,5 kg. Talla 158 cm. TA 113/55 mmHg. No thrill cardíaco. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Electrocardiograma basal y ecocardiograma normales. Se solicitó analítica con perfil férrico y hormonas tiroideas (normal) y Holter. Se recomendó acudir al centro de salud (CS) durante el episodio, para realizar electrocardiograma. Se facilitó, a su pediatra y padres, la extensión telefónica y el correo electrónico corporativo. Un mes después, presentó la sintomatología y acudió al CS, confirmándose taquicardia regular de QRS estrecho a 210 lpm. Hemodinámicamente estable, cedió con maniobras vagales instauradas por su pediatra que contactó para visualización del electrocardiograma digitalizado a través de sistema informático. Se gestionó Holter preferente sin presencia de arritmias relevantes (ritmo sinusal con frecuencia cardíaca promedio/mínima/máxima de 85/53/135 lpm, manteniendo patrón circadiano; extrasistolia supraventricular de muy baja densidad (0,1 %; 84 latidos). Se instauró tratamiento betabloqueante cardiosselectivo bien tolerado (atenolol 50 mg/24 h). Se diagnosticó de taquicardia supraventricular con sospecha de mecanismo por vía accesoria oculta, al poderse distinguir ondas P retrógradas en derivaciones inferiores, o como segunda opción intranodal. Ante

preferencia familiar se derivó para ablación de sustrato arritmico. **Conclusiones:** El diagnóstico de las taquicardias supraventriculares puede ser difícil por la presentación paroxística de los episodios. El registro del episodio en su entorno sanitario más cercano o con dispositivos electrónicos conectados al móvil (p. ej.: Kardia) puede facilitar su diagnóstico. La colaboración primaria + hospital es fundamental en el manejo rápido y eficaz de estos casos.

P-025

ABSCESO OVÁRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villalón Martínez, M.C.; Sánchez Rodríguez, P.; Jiménez Domínguez, A.; De Pablo García, M.; Hernández Prieto, A.; Roux Rodríguez, A.; Alonso Díez, C.; Martín López-Pardo, B.M.; Pablos López, A.; Ríos Croke, C.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P025>

Anamnesis: Paciente con antecedente de apendicitis complicada, acude a Urgencias por fiebre de 7 días de evolución, 39,1°C y 3 vómitos diarios. **Exploración física:** Triángulo de evaluación pediátrica: shock compensado. Palidez facial, sequedad bucal. Abdomen: discreto dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, resto normal. **Diagnóstico:** Analítica: leucocitos 20.000, neutrofilos 17.000, PCR 25, PCT 0,4. Ecografía: signos ecográficos sugerentes de absceso ovárico derecho, que condiciona ureterohidronefrosis grado I. **Tratamiento:** Al principio ingresa con meropenem IV 10 días y es dada de alta. Posteriormente, reacude a Urgencias por empeoramiento clínico, analítico y ecográfico. Inicia tratamiento con tazocel iv y persiste empeoramiento, por lo que finalmente se realiza laparoscopia y drenaje de la colección ovárica + limpieza de la cavidad. **Conclusiones:** Un absceso tuboovárico es una masa inflamatoria que afecta a la trompa de Falopio, el ovario y, en ocasiones, otros órganos pélvicos adyacentes. Se encuentran con mayor frecuencia en pacientes en edad reproductiva y, por lo general, son el resultado de una infección del tracto genital superior, pero también pueden ocurrir por flora vaginal habitual o por contigüidad de infecciones abdominales. Son típicamente polimicrobianos. La presentación clásica de incluye: dolor abdominal inferior agudo, fiebre, escalofríos y flujo vaginal. La ecografía suele ser el estudio de imagen de primera línea. También se puede usar la tomografía computarizada, en particular cuando se debe excluir una patología asociada con el tracto gastrointestinal. La detección de abscesos tubo-ováricos en pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica es una prioridad clínica. El tratamiento consiste en la administración intravenosa de antibióticos de amplio espectro o de cirugía mediante laparoscopia/laparotomía, que además nos dará el diagnóstico definitivo.

P-026

NO TODOS LOS CREPITANTES SON MOCOS

García Fera, E.M.¹; Herrera Lazo, J.¹; Guerrero Cabana, E.M.¹; Bigorra Espejo, A.¹; Murillo Guerrero, D.²; Llanes Mena, A.J.³.

¹Línea Pediátrica Viladecans, Viladecans, España;

²Hospital Martotell, Martorell, España; ³CAP Mas Font, Viladecans, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P026>

Anamnesis: Paciente de 4 meses de edad que realiza lactancia materna exclusiva. Es traída por su madre. Consulta por fiebre de menos de 24 horas de evolución, tos y mocos. Antecedentes personales de bronquitis previa en tratamiento con inhaladores, con buena respuesta. **Exploración física:** A su llegada, triángulo de evaluación pediátrica inestable, disnea en reposo, taquipneica, afebril, satu-

ración de oxígeno 100 %, auscultación cardíaca tonos rítmicos sin soplos audibles y auscultación respiratoria. Buena entrada de aire bilateral con crepitantes a nivel basal derecho. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan masas ni megalias. Orofaringe hiperémica, sin exudados ni asimetrías. No se palpan adenopatías dolorosas. Otoscopia bilateral, no se objetivan alteraciones aparentes. Neurológico, sin focalidad ni signos de meningismo. No lesiones dérmicas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se administra salbutamol inhalado en cámara, sin cambios en la exploración. Se decide remitir a Servicio de Urgencias para realización de radiografía de tórax. Se evidencia en campo pulmonar derecho un patrón que sugiere asas intestinales, se comenta la imagen con radiólogo de guardia, que refiere sospecha de hernia diafragmática. Se ingresa en Servicio de Cirugía para intervención, que se inicia como toracoscopia, finalizando como toracotomía, con buenos resultados. Actualmente en seguimiento por el Servicio de Cirugía Pediátrica. **Conclusiones:** En esta paciente se realizó estudio en contexto de cuadro respiratorio, fiebre y taquipnea con auscultación patológica. Los síntomas gastrointestinales o el fallo de medro no siempre están presentes en estos pacientes. Ante un lactante que presenta clínica respiratoria, se tiene que tener presente este tipo de patología en el diagnóstico diferencial.

P-027

MÁS QUE UNA PICADURA

Urbano Ruiz, C.; Rubertiello, C.L.; Hernández Pinchete, S.; Madruga Zaera, Á.; Montero Placeres, A.; Ríos Croke, C.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P027>

Introducción: Las infecciones bacterianas cutáneas son una de las consultas más habituales en Pediatría. Suelen estar causadas por *S. aureus* y *S. pyogenes* y la más frecuente de ellas es el impétigo, seguida de celulitis, foliculitis y abscesos cutáneos. **Caso clínico:** Paciente de 2 años sin antecedentes de interés, que acudía a Urgencias por fiebre y dolor en antebrazo tras picadura de insecto, sin otra clínica. Se realiza analítica con leucocitosis con neutrofilia, proteína C y procalcitonina elevadas. Es diagnosticado de celulitis y se inicia amoxicilina-clavulánico oral en domicilio. A los dos días, vuelve a acudir por empeoramiento de la lesión y mal estado general. Se repite analítica con aumento de parámetros de infección y se realiza interconsulta a Dermatología, quien describe la lesión, como placa eritematosa que se extiende desde muñeca hasta región superior del codo, con bordes mal delimitados y lesiones ampollas. Se decide ingreso hospitalario con antibioterapia intravenosa con cloxacilina y clindamicina. El paciente presenta evolución favorable, permitiendo el alta a los 5 días de ingreso con antibiótico oral con cefuroxima-axetilo, curas tópicas con mupirocina y seguimiento por Atención Primaria y Dermatología. **Conclusiones:** La celulitis es una inflamación del tejido subcutáneo ocasionada por bacterias, principalmente el *S. pyogenes*. Se caracteriza por una placa eritematosa mal delimitada, dolorosa y caliente, que puede acompañarse de ampollas y tejido necrótico. El paciente puede presentar síntomas sistémicos como fiebre y adenopatías localregionales. Se localiza de forma más frecuente en las extremidades inferiores. Como complicaciones, pueden presentarse abscesos, sepsis o glomerulonefritis aguda. El diagnóstico es clínico y su tratamiento se realiza de forma empírica con antibióticos betalactámicos. En función de la extensión de la lesión, el estado general del paciente y la garantía de un control estrecho, el tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria u hospitalaria.

P-028

DEPILACIÓN COMO DESENCADENANTE DE DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTARIA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Torre Francisco, R.; Martín Moreno, A.; Sabir, K.; González Pérez, M.; Del Olmo Segura, P.; Romero Imaz, L.; Veguilla Albacete, D.; De La Torre Martín, L.; De La Hoz Riol, M.; León Jiménez, J.P. - Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España - <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P028>

Anamnesis: Adolescente de 16 años, acude al Centro de Salud tras viaje a Malta por erupción cutánea pruriginosa en miembros inferiores (MMII) de 7 días evolución, inicialmente en región pretibial con progresión a proximal, asociando dolor y prurito. Previo al viaje, realizó depilación con cera y sufrió quemadura solar local. En hospital local se trata con corticoide intravenoso, adrenalina intramuscular y amoxicilina-clavulánico, sospechando reacción alérgica vs celulitis. Sin antecedentes de interés, no presenta síntomas sistémicos. Se deriva a Urgencias para valoración. **Exploración física:** Buen estado general, lesiones maculares en cara interna pretibial bilateral, confluyentes, formando mancha eritematosa-purpúrica de bordes netos, no palpable; excoriaciones por rascado, descamación superficial y coloración periférica "ocre". No hipertermia local, resto de exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos/terapéuticos:** En Urgencias no presenta alteraciones en hemograma, coagulación ni sistemático de orina. Valorado por Dermatología, diagnostican "capilaritis purpúrica", pautando corticoide tópico, suspenden antibioterapia y añaden medidas posturales, iniciando seguimiento en consulta con resolución del cuadro en 4 semanas. Presenta posteriormente otro episodio tras depilación con cera, resuelto con el mismo tratamiento. **Conclusiones:** Las dermatosis purpúricas pigmentarias (capilaritis) son enfermedades que causan extravasación de glóbulos rojos y depósito de hemosiderina, con cambios inflamatorios mínimos pericapilares (no constituyen una verdadera vasculitis). Son infrecuentes en Pediatría. Los desencadenantes son diversos: ejercicio, fragilidad capilar, alérgenos de contacto, infecciones, medicamentos, hipertensión venosa, etc. La forma más común es la enfermedad de Schamberg. Es importante diferenciarla de la púrpura Schönlein-Henoch, que sí es una vasculitis cutánea, más frecuente en Pediatría. El diagnóstico es clínico, en algunos casos requiere el apoyo de la dermatoscopia y examen histológico. El tratamiento varía según la causa subyacente, incluye suspensión de agentes desencadenantes, antihistamínicos, corticosteroides tópicos y medidas para mejorar la circulación venosa. En nuestro caso, se sospecha que la exposición solar y la depilación con cera fueron los desencadenantes.

P-029

DERMATITIS FACIAL: PREGUNTA POR LA MASCOTA

Vega Bayón, M.¹; Vega Gutiérrez, M.¹; Vega Gutiérrez, J.²; De Felipe Pérez, M.¹; Khemlani Ramchand, S.Y.¹. - ¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ²Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P029>

Anamnesis: Niña de 11 años que consultó en Atención Primaria por lesión pruriginosa en punta y dorso nasal izquierdo de 5 días de evolución. No presentaba otras lesiones cutáneas ni sintomatología. Refería contacto con ratones domésticos en su casa desde hace un mes, destacando la presencia de zonas descamadas y alopecicas en dorso y cara de estos de reciente aparición. **Exploración clínica:** Se observa placa anular sobrelevada eritemato-descamativa, bien deli-

mitada, de 1,5 cm de diámetro, localizada en punta y tercio inferior de dorso nasal izquierdo. No lesiones satélites. Resto de exploración cutánea y de anejos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se derivó a consulta de Dermatología con diagnóstico de sospecha de tinea faciei, realizando recogida de escamas de la periferia de la lesión. Se pautó tratamiento con sertaconazol tópico y, debido a la escasa mejoría, a los 3 días se añadió terbinafina oral. En los resultados de Microbiología se aisló *Trichophyton mentagrophytes*. **Conclusiones:** Tinea faciei es una micosis superficial, producida por hongos filamentosos que invaden la capa córnea de la epidermis y sus anexos. En España, los agentes causales más comunes son dermatofitos del género *Microsporum canis* y *Trichophyton mentagrophytes*. Es más frecuente en niños mayores, asociado al contacto con mascotas. Su diagnóstico es clínico y se confirma con estudio micológico. Es importante sospechar esta entidad y preguntar por el posible contacto con animales. Puede tratarse inicialmente de forma tópica con imidazólicos o terbinafina, asociando terapia sistémica cuando la respuesta sea lenta o inadecuada. Además, el tratamiento debe contemplar la pesquisa de la mascota responsable y su evaluación por el veterinario. Es importante conocer esta entidad para diferenciarla de otras dermatosis y evitar tratamiento con corticoides que retrasen el diagnóstico y tratamiento adecuado.

P-030

DESDE LA DERMATITIS ATÓPICA A LA SARNA EN EL LACTANTE... NADA ES LO QUE PARECE

Sánchez Gallego, P.; Gracia Alfonso, M.A.; Martínez Ramírez, C. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P030>

La sarna es una enfermedad cutánea altamente contagiosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Aunque la presentación típica de la sarna incluye prurito intenso y lesiones características, puede ser difícil de diagnosticar en lactantes, debido a su presentación atípica y a la falta de antecedentes de exposición. Presentamos el caso de una lactante de 8 meses con antecedentes de atopia, que durante un brote, desarrolla lesiones vesiculosas en axilas con posterior impetiginización y aparición de lesiones papulosas dispersas, durante varias semanas, sin afectación palmoplantar. Inicialmente, se indicó tratamiento con corticoides y antibiótico tópico, tras la aparición de lesiones costrosas se añadió antibiótico oral, sin mejoría posterior. Ante la falta de mejoría, se decidió realizar una interconsulta a Dermatología. En consulta, el padre informa de que tiene lesiones parecidas y de que trabaja en una peluquería, lo que permitió establecer el diagnóstico de sarna. El tratamiento de la sarna consiste en la aplicación tópica de permetrina al 5 % en todo el cuerpo, incluyendo el cuero cabelludo en lactantes. En este caso, se administró tratamiento con permetrina a ambos pacientes simultáneamente, lo que permitió la resolución del cuadro. Es fundamental considerar la sarna en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en lactantes, incluso en ausencia de presentación clásica y con especial atención a ciertas localizaciones, como la axilar. El hecho de que el padre también presentara lesiones fue un indicio clave para establecer el diagnóstico de sarna en la lactante. En resumen, la sarna puede presentarse de manera atípica en lactantes, lo que dificulta su diagnóstico. La ausencia de lesiones características y el desconocimiento del foco de contagio pueden retrasar el diagnóstico. Es fundamental considerar la sarna en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en lactantes y realizar una evaluación minuciosa, incluyendo la búsqueda de antecedentes en los contactos cercanos.

P-031

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NEVUS EPIDÉRMICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Vega Bayón, M.¹; Vega Gutiérrez, J.²; Vega Gutiérrez, M.¹; Martín Iranzo, N.³; Gutiérrez Valcuende, C.¹. - ¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ²Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España; ³Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P031>

Introducción: Los nevos epidérmicos corresponden a una hiperplasia benigna y congénita de la epidermis y los anexos, pudiendo aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea. Suelen presentarse en el primer año de vida y crecer durante la adolescencia. Se caracterizan por formar placas lineales siguiendo las líneas de Blaschko, aunque su aspecto clínico e histológico es muy variable. En la mayoría de los casos solo se afecta la piel, sin embargo, en casos extensos puede asociar afectación de otros órganos o sistemas. Aunque el diagnóstico es clínico, puede ser necesario confirmar mediante biopsia. Dada su similitud con otras entidades cutáneas, es importante realizar un diagnóstico certero. **Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo de una serie de cinco casos de nevos epidérmico con diferentes presentaciones clínicas en niños de 3-12 años de edad derivados a una consulta de Dermatología. **Resultados:** Los dos primeros casos, presentan un cuadro clínico muy similar, con el factor distractor de la coloración del nevus. El fototipo cutáneo influye en la tonalidad que adquieren las distintas dermatosis. El tercero, nos permite realizar el diagnóstico diferencial con verrugas planas (falta de respuesta al tratamiento tópico con retinoides). En el cuarto, es fácil la confusión con fibromas blandos en contexto de un niño obeso. Se realizó estudio histopatológico confirmando el diagnóstico de nevus epidérmico. Y el quinto, obliga a realizar un diagnóstico diferencial con condilomas acuminados, por la localización del nevus. **Conclusiones:** En este estudio presentamos cinco casos de nevos epidérmicos, con diferentes edades de aparición, localizaciones y contextos clínicos, tratando de resaltar la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial debido a su similitud clínica con otras dermatosis que adoptan distribuciones lineales. Requiere mención especial el diagnóstico diferencial con condilomas acuminados por las connotaciones que conlleva (sospecha de abuso).

P-032

DIANAS EN LA PIEL, A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Torres Díaz Díaz, M.; Cambrón Carmona, M.Á.; Roco Rosa, M.; Panduro Romero, L.; Lechón Caballero, M.C.; Polo Moreno, J.; Melitón Carrasco, J.A.; Raya Tejero, C.; Franco Martín, I.; Velázquez González, M. - Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P032>

Objetivo: Describir la morfología de las lesiones cutáneas de forma precisa para realizar un adecuado diagnóstico, evitando ingresos y tratamientos innecesarios. **Material y métodos:** **Caso 1:** Lactante de 16 meses consulta por exantema extenso con fiebre y prurito asociados. Había realizado tratamiento con amoxicilina (finalizado tres días antes) y una dosis de azitromicina. A la exploración lesiones habonosas generalizadas, algunas en diana, con bordes eritematosos y centro inicialmente claro que evoluciona a violáceo. Asocia edema de manos y pies, con afectación palmo plantar. No lesiones petequiales ni purpúricas. Orofaringe hiperémica con vesículas en paladar. Se realizan pruebas microbiológicas

sin encontrar germen causante. Realiza tratamiento sintomático, desapareciendo las lesiones en 9 días. **Caso 2:** Niño de 6 años que consulta por exantema generalizado con fiebre y prurito asociados. No ha tomado medicación los días previos. No otra clínica acompañante. A la exploración exantema eritematoso maculopapuloso y confluyente con región central violácea en tronco y extremidades superiores, respeta mucosas, pero afecta a palmas y plantas. No lesiones petequiales ni purpúricas. Orofaringe con exudado en amígdala izquierda. Pruebas microbiológicas y serologías negativas. Realiza tratamiento sintomático con aclaramiento de las lesiones previo al alta. **Resultados y conclusiones:** Se trata de dos casos de urticaria multiforme, trastorno cutáneo propio de lactantes y niños pequeños, que se caracteriza por lesiones habonosas de centro violáceo y morfología anular, con carácter evanescente. Suelen presentar edema en manos y pies. La etiología es desconocida, siendo las infecciones víricas (adenovirus, herpes virus, estreptococo, virus Epstein-Barr) o los medicamentos (amoxicilina, furazolidona) los más implicados. Su diagnóstico es clínico, con resultados analíticos inespecíficos. El diagnóstico diferencial incluye urticaria aguda, eritema multiforme, edema agudo hemorrágico del lactante, etc. El tratamiento es sintomático, de elección los antihistamínicos de segunda generación asociando corticosteroides sistémicos, si afectación del estado general o distribución extensa de las lesiones.

P-033

DOCTORA, ¿QUÉ TIENE MI HIJO EN LA PIERNA?

Jiménez Jiménez, A.P.¹; García Cortés, M.A.¹; Lopes Do Carmo, F.¹; Urbaneja Rodríguez, E.². - ¹CS Pavones, Madrid, España; ²Hospital Recoletas Campo Grande, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P033>

Anamnesis: Varón de 10 años, procedente de Venezuela, sin antecedentes personales de interés, que consulta por una "lesión rojiza" en zona pretibial derecha desde el nacimiento, que a veces aumenta de tamaño y otras disminuye, que protruye cuando sube o baja escaleras, sangrándole escasamente en varias ocasiones, no asocia prurito ni dolor, pero sí refieren que la notan más grande desde hace un mes. **Exploración física:** Se puede observar una lesión solitaria hiperpigmentada, rojiza con bordes irregulares de 1 x 2 cm, de aspecto vascular, en región pretibial derecha que no blanquea a la vitropresión y que parece protruir cuando pasa a bipedestación. No refiere dolor a la palpación. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos:** Se realiza una dermatoscopia donde se visualiza una lesión de color variable (rojo, granate, azulado) en su superficie con algunos septos intralesionales. Dermatología no considera necesario realización de biopsia de momento por aspecto típico. **Conclusiones:** Los angioqueratomas son neoformaciones vasculares que histopatológicamente se caracterizan por unos capilares ectásicos dilatados subepidérmicos de pared fina, con una reacción epidérmica o hiperqueratosis asociada. Podemos encontrar lesiones aisladas o múltiples, siendo hasta en un 80 % más frecuente las aisladas. Es más frecuente en mujeres (2:1) y en escolares. La patogenia es desconocida, aunque se asocia a traumatismos externos continuos. Clínicamente son asintomáticos, aunque hasta un 15 % pueden asociar prurito o dolor. En el diagnóstico nos ayuda tanto las características evolutivas o síntomas asociados, como la dermatoscopia que suele ser clave para poder hacer un buen diagnóstico diferencial con una entidad maligna como el melanoma, entre otros. El abordaje terapéutico suele bastar con la vigilancia clínica, aunque si el tamaño, dolor o prurito aumenta se pueden utilizar distintas terapias como el láser, extirpación o electrocoagulación.

P-034

DOCTORA, MI OMBLIGO TIENE UN HONGO

Hernández González, E.; Murga Alvarado, S.S.; Martínez Baez, A.V.
Centro de Salud Las Américas, Parla - Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P034>

Niño de 14 años, que acude por lesiones en región umbilical de más de 6 meses de evolución, diagnosticado de intertrigo candidiásico de repetición, con respuesta parcial a pautas repetidas a antifúngicos tópicos y en algunas ocasiones se asociaron con corticoides o antibióticos tópicos. Los cultivos para hongos o bacterias fueron negativos. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración se evidencia en región umbilical, placas eritematosas con escasa descamación, de bordes netos, sin fisuración y sin pústulas satélites. No presenta lesiones en otras localizaciones. Ante sospecha de psoriasis invertida, se realiza interconsulta a Dermatología, confirmando el diagnóstico. Se inició tratamiento tópico con calcipotriol en asociación con un corticoide, presentando resolución de lesiones. Las enfermedades dermatológicas son un motivo frecuente de consulta en Pediatría de Atención Primaria, por lo que si nos encontramos frente a lesiones recurrentes que no mejoran con tratamiento habitual, debemos realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías menos frecuentes. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, con remisiones y exacerbaciones, que afecta a un 2-3 % de la población en general. Existen varias formas clínicas de psoriasis, entre ellas, la psoriasis invertida o flexural. Se trata de una presentación poco frecuente, un 2-6 % de todos los casos de psoriasis y con mayor frecuencia en la población infantil. Se caracteriza por su compromiso de pliegues o flexuras (zonas húmedas), lo cual dificulta su diagnóstico por su similitud con una infección fúngica. Se presenta como placas eritematosas brillantes, con poca o ninguna descamación, con un tono rosado y muy bien delimitadas. Este tipo de psoriasis debe sospecharse ante un caso de dermatitis inflamatoria crónica, de tipo intertrigo candidiásico o tiña, que no mejore con el tratamiento antifúngico o cuando el cultivo para hongos, sea negativo.

P-035

ERITEMA PERIANAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA. UN RETO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

Acebes Puertas, R.¹; Arroyo Romo, M.T.²; López Rojo, M.²; Fierro Urturi, A.M.²; Sanz Fernández, M.²; Cancho Soto, M.T.¹; Grande Álvarez, M.R.³. - ¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España; ²Centro de Salud Pisuegra, Arroyo de la Encomienda, España; ³Centro de Salud Valladolid rural II, Zaratán, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P035>

Anamnesis: Varón de 9 años sin antecedentes familiares ni personales relevantes, salvo rinoconjuntivitis estacional, que presenta desde hace 2 meses, molestias al defecar. Afebril. Heces de consistencia normal, 1-2 al día, sin sangre ni productos patológicos. Apetito conservado. No otros síntomas. Ha sido tratado con un ciclo de corticoide tópico y con otro de crema antifúngica, así como con un antifúngico oral, sin mejoría. **Exploración física:** Somatometría: peso: 24,6 kg (p18, -0,95 DE); talla: 126,4 cm (p15, -1,08 DE). IMC: 15,4 % (p18, -0,93 DE). Buen estado general. Bien nutrido e hidratado. No exantemas ni petequias. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar, abdomen otoscopia y orofaringe normales. Genitales externos masculinos prepuberales y normales. Eritema perianal sin lesiones satélites, descamación, edema o calor, bien delimitado. **Procedimientos diagnósticos:** - Sospecha clínica. - Cultivo de la zona afecta: crecimiento

de estreptococo beta-hemolítico del grupo A. **Diagnóstico:** Dermatitis perianal estreptocócica. **Tratamiento:** Fenoximetilpenicilina 250 mg cada 12 horas durante 10 días. Buena respuesta con rápido alivio del dolor y desaparición de la lesión en 5 días. No ha reaparecido la clínica desde hace más de 3 años. **Conclusiones:** - Los eritemas perianales bien delimitados, a veces exudativos, dolorosos al defecar, sin fiebre y con buen estado general deben hacernos pensar en infección estreptocócica. - El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede confirmarse con el cultivo de la lesión. - Es una patología prácticamente solo de aparición en edad pediátrica, y habitualmente el diagnóstico es tardío al confundirse con dermatitis fúngicas o con inflamaciones aisladas en caso de estreñimiento asociado. - El tratamiento de elección es la penicilina oral, aunque a veces los antibióticos tópicos (ácido fusídico, mupirocina...) pueden ser efectivos.

P-036

ESTUDIO DE LA EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE UNA CREMA VULVAR PEDIÁTRICA EN NIÑAS CON IRRITACIÓN, PRURITO Y MALESTAR EN LA ZONA VULVAR

Cabrerizo García, O.¹; Arroyo Allende, R.¹; Serra Baldrich, N.²; De Monserrat Vallvé, R.²; Marín De Pablo, A.¹. - ¹LETI Pharma, S.L.U., España, Tres Cantos, España; ²LETI Pharma, S.L.U., España, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P036>

Objetivo: Evaluar la eficacia clínica, tolerabilidad, aspecto emocional, impacto en la calidad de vida y aceptabilidad cutánea de una crema vulvar pediátrica, en niñas con irritación, prurito, malestar/enrojecimiento en la zona vulvar. **Material y métodos:** Se incluyeron 20 niñas (2-12 años), con irritación, prurito, malestar/enrojecimiento en la zona vulvar. El producto se aplicó en la zona vulvar tras su higiene, al menos 1 vez/día durante 30 días. La eficacia y tolerancia fue evaluada por el pediatra (día 0 y 30) mediante examen visual (escala 0-5), determinando la inflamación, enrojecimiento/eritema, irritación y prurito, así como, el potencial de reparación y recuperación de la piel/reepitelización tras la aplicación del producto. Las voluntarias/padres completaron un cuestionario para evaluar eficacia, aspecto emocional y calidad de vida (día 30), utilizando un cuestionario de 22 preguntas. Se recogió cualquier efecto no deseado. **Resultados:** El 100 % de las voluntarias presentó una excelente tolerancia, sin presentar ningún efecto no deseado. En cuanto a la eficacia clínica, el 100 % presentaron potencial de reparación y recuperación de la piel/reepitelización después del uso del producto, así mismo, desapareció la inflamación y el picor. En el 90 % desapareció la irritación, en el otro 10 % disminuyó a “muy leve”. En el 65 % desapareció el eritema, en el otro 35 % disminuyó a “muy leve”. Respecto a la eficacia subjetiva, el 100 % indicó que el producto tenía un efecto calmante, reducía el prurito y las molestias de manera inmediata, mejoraba su calidad de vida, humor, descanso nocturno y desarrollo de actividades diarias. La valoración global del producto fue positiva en el 100 %. **Conclusiones:** El producto ha demostrado ser eficaz en la reparación de la piel con alto nivel de reepitelización, reduciendo el prurito y molestias de la zona vulvar, mejorando el estado de ánimo y calidad de vida. Excelente tolerancia testada bajo control pediátrico.

P-037

EXTRAÑA TUMORACIÓN EN ADOLESCENTE VARÓN

Sandiumenge, M.¹; Álvarez, M.I.¹; Martí, C.²; Fernández, M.G.¹; Fernández, M.G.¹; Giner, G.¹; Sánchez, L.¹. - ¹CAP La Marina, Barcelona, España; ²Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P037>

Anamnesis: Paciente de 13 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por bultoma de un año aproximadamente de evolución que ha ido creciendo lentamente, localizado en base del escroto con superficie lisa, coloración blanco-rosada, consistencia firme, no doloroso a la palpación y de 1 x 1,5 cm de tamaño. Se realiza derivación al Servicio de Dermatología del hospital de referencia donde se orienta inicialmente como quiste epidermoide y se programa para exéresis y anatomía patológica que se realiza sin incidencias. En el informe de anatomía patológica se informa como siringocistoadenoma papilífero de localización atípica. El siringocistoadenoma papilífero (SP) es un tumor anexial de las glándulas sudoríparas. Puede estar presente en el momento del nacimiento, o aparecer durante la primera infancia. Se localiza predominantemente en cuero cabelludo y cuello (70-80 %) y en el 40 % de los casos se asocia a nevo sebáceo pre-existente. El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con el esteatocistoma y el quiste epidermoide dada su similitud clínica, pero la confirmación definitiva nos la dará la anatomía patológica. Se trata de una tumoración benigna en la gran mayoría de los casos y con muy baja tasa de transformación maligna. **Conclusión:** Considerar el siringocistoadenoma papilífero en el diagnóstico diferencial de tumoraciones cutáneas en cualquier localización.

P-038

HABÓN PARECE, URTICARIA NO ES

Reguera Bernardino, J.¹; Navedo De Las Heras, A.²; Rosón Varas, M.³; Peláez Nistal, M.⁴; Hontoria Bautista, E.⁵; Nistal Juan, E.¹; Carrillo Hernández-Rubio, R.⁶. - ¹Centro de Salud Ribera del Órbigo, Benavides de Órbigo, España; ²Centro de Salud Valencia de don Juan, Valencia de don Juan, España; ³Centro de Salud San Andrés de Rabanedo, León, España; ⁴Complejo Asistencial de León, León, España; ⁵Centro de Salud de Armunia, León, España; ⁶Hospital el Bierzo, Ponferrada, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P038>

Anamnesis: Varón de 13 años con erupción papulosa ligeramente pruriginosa en dorso de manos, piernas y cuello desde hace 3 días. Afebril. Diagnosticado de conjuntivitis dos días antes. Valorado en Urgencias dos días consecutivos, diagnosticándose de urticaria aguda y pautándose antihistamínico oral y corticoide tópico en la primera ocasión y corticoide intramuscular en la segunda, sin respuesta. Las lesiones permanecen fijas. Episodio similar hace 6 meses. No alergias alimentarias ni medicamentosas conocidas. No enfermedades crónicas. Rinoconjuntivitis alérgica a pólenes de gramíneas. **Exploración física:** Buen estado general. Eupneico. Auscultación pulmonar normal. No exudado faringoamigdalario ni lesiones en mucosa oral. Hiperemia conjuntival sin secreción ocular ni fotofobia. Lesiones papulosas redondeadas con centro ligeramente amaratado con aspecto de “diana” en dorso de manos y muslos. Lesiones cutáneas habonosas en cuello. **Procedimientos diagnósticos:** Test de virus respiratorios: influenza A y B, adenovirus y VRS negativos. Interconsulta no presencial con Dermatología: diagnosticado de eritema multiforme. **Conclusiones:** El eritema multiforme es un síndrome de hipersensibilidad autolimitado, cuya manifestación más característica es la lesión “en diana”. Más frecuente en adultos jóvenes. Puede aparecer en el contexto de una infección por el virus herpes simple. Carece de periodo prodrómico. La distribución es simétrica, afectando a palmas y plantas, dorso de manos y pies y superficies extensoras de extremidades. Pueden extenderse a tronco, cara y cuello. Permanecen fijas una o dos semanas. El diagnóstico es clínico por la lesión típica en “diana”, constituida por pápulas con un borde externo eritematoso, un anillo interior pálido y un

centro más oscuro violáceo o necrótico. En ocasiones asocian prurito o escozor. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la urticaria aguda, que a diferencia de las lesiones del eritema multiforme, son muy pruriginosas, evanescentes, con distribución arbitraria y localización cambiante. Se trata de un proceso autolimitado. Pueden recurrir. El tratamiento es sintomático.

P-039

INCONTINENCIA PIGMENTI A PROPÓSITO DE UN CASO

Lee Xia, I.; Llorente Romeral, B.; Aldana Villamañán, M.; Rosillo Martín, C.; Guillermo Rodríguez, C.; Cabezas Alfonso, B.; Álvarez Gil, N.; Escobar Pirela, H.D.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P039>

Introducción: La incontinencia pigmenti es una genodermatosis genética de herencia autosómica dominante ligada al cromosoma X. Está causado por mutaciones en el gen *IKBKG/NEMO* localizado en el Xq28. La incidencia es de 0,7 en 100.000 nacimientos, siendo mayoritariamente causadas por mutaciones esporádicas (65-75 %) y, en menor medida, por herencia familiar (35-45 %). Presentándose predominantemente en mujeres (37:1), debido a la alta letalidad que tiene en hombres. **Resumen del caso:** Recién nacido a término (40 + 4), mujer, parto eutócico, de peso adecuado para la edad gestacional. Embarazo controlado, serologías maternas negativas, ecografías de control normales. Con lactancia materna exclusiva. Acude al Servicio de Urgencias remitido por su pediatra de Atención Primaria a los 4 días de vida, por comienzo desde hacía 48 horas, de un exantema papuloso confluyente, infiltrado, no descamativo, inicialmente en hemicuerpo izquierdo, y que posteriormente se ha extendido a raíces de miembros superior e inferior, sin afectación de palmas ni plantas. A los 6 días de evolución, aparecen lesiones vesiculocostrosas amarillentas, que son tratadas con ácido fusídico sin mejoría. En analítica se objetiva eosinofilia, y una biopsia cutánea con exocitosis eosinofílica, espongiosis y apoptosis compatibles con la sospecha de incontinencia pigmenti. No se encuentran hallazgos significativos oftalmológicos. En seguimiento por Servicios de Neuropediatría y Dermatología. **Conclusiones:** La incontinencia pigmenti es una enfermedad poco frecuente que a menudo es de diagnóstico tardío por desconocimiento. Tiene numerosas consecuencias a nivel de los tejidos derivados del ectodermo y neuroectodermo, causando anomalías cutáneas, odontológicas, oftalmológicas y neurológicas. Para realizar el diagnóstico, es necesario conocer la clínica y la evolución de esta patología, en especial la afectación cutánea, puesto que es la que determina los criterios mayores de diagnóstico. En general, el pronóstico es bueno, aunque requiere un estrecho seguimiento multidisciplinar para detectar y tratar las posibles complicaciones.

P-040

LA GOTA QUE COLMA EL VASO. PSORIASIS GUTTATA O PSORIASIS EN GOTAS

Campo De La Fuente, M.¹; Mesa Helguera, S.¹; Sola Aparicio, A.¹; Mateos Torre, P.¹; Sánchez Durán, M.Á.¹; Álvarez García, J.². - ¹Hospital de Navarra, Pamplona, España; ²Centro de Salud de Ansoain (Navarra), Navarra, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P040>

Anamnesis: Paciente de 9 años que acude por lesiones cutáneas en tronco, brazos y piernas de 15 días de evolución. Refiere prurito leve. No otra sintomatología. No AP ni AF de interés. **Exploración**

física: Exantema polimorfo con lesiones en placas eritematosas hiperqueratósicas y con leve descamación, distribuidas por toda la superficie corporal. Lesiones agudas en similar estadio. No lesión sugestiva de placa heraldo. No vesículas. **Diagnóstico y evolución:** Ante la sospecha clínica de psoriasis guttata, se rehistoria al familiar, quien comenta que previo al inicio del exantema había tomado amoxicilina por faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocócica. Se realiza interconsulta a Dermatología, quienes confirman el diagnóstico y recomiendan tratamiento corticoideo tópico (metilprednisolona en emulsión en nuestro caso), además de antihistamínico oral. Se vuelve a citar al paciente en 10 días y presenta gran mejoría. Resolución de las lesiones en el tronco y persisten algunas en piernas y región interglútea. En tronco presenta máculas de hiperpigmentación postinflamatoria. **Conclusiones:** - La psoriasis guttata es una patología en la que aparecen de forma aguda numerosas placas inflamatorias pequeñas, tanto en tronco como en extremidades. Es típico el antecedente de infección estreptocócica previa (tanto faríngea como anal), pero su presencia no es estrictamente necesaria. - Ante cuadros dermatológicos siempre es necesaria la correcta caracterización de las lesiones y, en caso de solicitar valoración por Dermatología, aportar imágenes de buena calidad. - Cabe destacar la importancia de la anamnesis exhaustiva, no solo del cuadro infeccioso concomitante o previo, sino también de tratamientos para descartar participación medicamentosa.

P-041

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Ulecia Cantero, R.; Casero González, M.M.; Macías López, N.; Gallego Cortés, F.J.; Martínez García, A.; Begines Tirado, M.; Pavón Jiménez, S.; Álvarez Fernández, J.; Alfonso Tena, N.; García Ceberino, C. - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P041>

Introducción: Las lesiones dermatológicas son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, por ello presentamos estos casos que vienen a manifestar la importancia de una correcta anamnesis dirigida. **Caso clínico 1:** Mujer de 5 años, sin antecedentes, que consulta en verano por lesiones vesiculosas muy pruriginosas en zona palpebral superior derecha de pocas horas sin otra sintomatología acompañante. Negaban proceso infeccioso intercurrente, contacto con animales o sustancias químicas, pero destacaba como posible desencadenante la ingesta la tarde previa de higos y una naranja sin lavado posterior de manos, siendo diagnosticada de fitofotodermatitis, se pautó antihistamínico con resolución de las lesiones en 24 horas. La fitofotodermatitis es una erupción cutánea al ponerse en contacto la radiación del sol con la piel tras haber estado en contacto previamente con una sustancia fotosensibilizante, como derivados cítricos (limón, lima, naranja), numerosas plantas vegetales, o perfumes (dermatitis de Berloque). Las lesiones aparecen 24 horas tras la exposición solar, independientemente de la edad, produciendo como sintomatología más frecuente un prurito de intensidad variable. Su resolución es espontánea y el tratamiento sintomático. **Caso clínico 2:** Varón de 8 años que consulta en julio por lesiones papulosas pruriginosas hipomelanocíticas en codo desde hace un mes. Por las características, la estación y el antecedente de dermatitis atópica se diagnosticó de dermatitis friccional (DF) pautando antihistamínicos con mejoría. La DF de Sutton es una entidad benigna infradiagnosticada, más frecuente en niños. Su etiología desconocida, aunque podrían intervenir factores como la radiación ultravioleta, la fricción y los antecedentes de atopía. Son lesiones

papulosas hipomelanocíticas en zonas de extensión en época estival, recidivantes. Su tratamiento se basa en emolientes y corticoides de potencia media si prurito intenso. **Conclusiones:** El conocimiento y una correcta anamnesis son imprescindibles para el diagnóstico de muchas entidades dermatológicas, evitando así pruebas y tratamientos innecesarios.

P-042

LESION IMPETIGINOSA QUE SE CRONIFICA EN EL TIEMPO

Barahona Rondon, L. - Centro de Salud Periodistas, Madrid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P042>

Objetivos: Diagnóstico y tratamiento oportuno de lesión aguda en piel de niña de 9 años, procedente de Melilla. **Material y métodos:** Acudió a nuestra consulta tras acudir a su centro de salud en su origen, por falta de respuesta a antibióticos orales y fucidine tópico; además del retiro indicado por enfermería, de lesiones costrosas. Se evaluó en inicio una lesión de aparición progresiva de 20 días, en región posterior de piel de brazo derecho, de tipo circular de 5 cm de diámetro. Con costras amarillentas parduzcas tipo collarrete, rodeando zona interior de piel sana. Muy escasa tumefacción y eritema circundante; que rodea a la lesión anteriormente descrita. No lesiones ampollas. Impresiona punto de secreción purulenta central. Así mismo se describen lesiones puntiformes satélites tipo pápulas eritematosas, sin lesión costrosa asociada. Niega prurito o dolor espontáneo. Sí describe molestias al roce de la ropa o de superficies. Niega fiebre, dolor localizado. No se aprecian adenopatías u otras lesiones similares en otras zonas corporales. Se indicó limpieza con agua y jabón diarios, evitar el roce o fricción, uso de toalla propia. Se aplicó Septomida® solución spray (sulfato de zinc al 2 %, sulfato aluminico-potásico al 2 % y sulfato de cobre al 1 %) dos veces al día por 10 días. Conjuntamente aplicación de Ozanex® (ozenoxacino) crema cada 12 horas. **Resultados:** - Se apreció tras 7-10 días de tratamiento, desaparición de dichas lesiones, no hay tumefacción, exudación y eritema. Solo se precia decoloración de piel blanquecina sin costras. Reducción de tamaño a 3 cm de diámetro, con muy escasa descamación circundante, casi no evidenciable. **Conclusiones:** - El efecto local de la Septomida® y Ozanex®, ambos tópicos en dicha lesión, fueron eficaces, no solo por el menor tiempo de evolución favorable en desecación y curación. Impidiendo un riesgo de exudación y extensión hacia otras partes del cuerpo.

P-043

LESIONES EN LOS PIES: ¿QUIÉN ES QUIÉN?

Panduro Romero, L.; Jiménez Tejada, L.; Roco Rosa, M.; Melitón Carrasco, J.A.; Lechón Caballero, M.C.; Polo Moreno, J.; Torres Díaz, M. - Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P043>

Las enfermedades dermatológicas son prevalentes en la edad pediátrica, suponiendo una causa frecuente de consulta en Atención Primaria. Para un correcto diagnóstico y manejo, es fundamental una adecuada caracterización de las lesiones y la búsqueda de su etiología. Aun así, no siempre es fácil distinguir entre unas causas y otras. Presentamos dos pacientes que consultan por lesiones cutáneas en los pies, de características muy similares. **Anamnesis y exploración clínica: Caso 1:** Varón de 3 años, con antecedentes de dermatitis atópica. Presenta lesiones eritematosas en pie izquierdo, más acentuadas en pliegues interdigitales, con descamación en su borde, maceradas en algunos puntos. Asocia prurito. No lesiones

en otras localizaciones. **Caso 2:** Varón de 5 años, no antecedentes de interés. Consulta por lesión eritematosa brillante en cara dorsal de los dedos de pie izquierdo, levemente exudativa. Asocia dos lesiones vesiculosas pequeñas en 2º dedo. Eritema y eccema interdígital. Se acompaña de prurito intenso. No presenta lesiones en otras localizaciones. **Diagnóstico y tratamiento:** En ambos casos se inició tratamiento con corticoides tópicos, con mejoría parcial. En el caso 1, se añadió al tratamiento ketoconazol en crema ante la sospecha de una tiña pedis. En el caso 2, se asoció mupirocina tópica por aparición de eritema perilesional y discreta supuración. En ambos casos las lesiones se resolvieron por completo en menos de una semana. **Conclusiones:** El eccema dishidrótico o dishidrosis es una manifestación de la dermatitis atópica que cursa con brotes de lesiones vesiculosas que aparecen en las caras laterales de los dedos de manos y pies, pero pueden extenderse a palmas y plantas. El factor desencadenante es, muchas veces, el cambio brusco de temperatura, pero es importante hacer siempre el diagnóstico diferencial con una tiña interdígital, que puede provocar lesiones muy parecidas, incluso provocar un brote de dishidrosis, y que requerirá tratamiento para su resolución.

P-044

MANEJO DE LA ESCABIOSIS EN UN LACTANTE DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández, M.G.¹; Giner, G.¹; Montero, J.²; Álvarez, M.I.¹; Sandiumenge, M.¹; Santafé, C.¹; Amoedo, R.¹.

¹CAP Línea Pediátrica La Marina, Barcelona, España;

²Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P044>

Lactante de 1 mes que acude a consulta por presentar lesiones cutáneas pruriginosas de 48 h de evolución. Presenta exantema máculo-eritematoso generalizado, con lesiones no compatibles con picadas de insecto, ni de tipo habón. Presenta buen estado general y afebril. Se realiza derivación a Dermatología y se orienta como exantema por picadas de mosquito y se inicia tratamiento con estilsona cada 12 horas. Reconsulta 3 semanas después, las lesiones empeoran y se extienden a palmas y plantas acompañado de picor, y se orienta como un absceso/forúnculo. Se inicia tratamiento antibiótico oral y tópico sin mejoría. Se decide nueva derivación a Dermatología con la orientación diagnóstica de escabiosis en el lactante y se pauta tratamiento a toda la familia y a la paciente. El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con la escabiosis, dermatitis atópica y la acrodermatitis papulosa infantil (síndrome de Gianotti-Crosti), mediante el test de Müller o dermatoscopia de luz polarizada (DLP). **Conclusión:** Dada la frecuencia de la escabiosis actualmente en nuestro medio, se debe tener en cuenta esta infestación parasitaria como posible diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas pruriginosas en lactantes.

P-045

MIOSITIS ORBITARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cadenas Villegas, A.S.; Lozano White, A.; García Peces, P.; Alcaide Baena, C.; Rodrigo Castroviejo, A.; Santiago Boyero, C.

Hospital San Cecilio, Granada, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P045>

La miositis orbitaria (o pseudotumor orbitario) es una patología poco frecuente en niños. Se trata de un proceso inflamatorio de características autoinmunes que afecta a los músculos extraoculares.

El tratamiento se basa en una pauta de corticoides sistémicos, asociando antibioterapia hasta descartar etiología infecciosa. La mayoría de casos presentan una buena evolución con resolución del cuadro. Paciente de 8 años, sin antecedentes de interés, acude derivado por su pediatra de Atención Primaria por dolor, inflamación monocular derecha y cefalea frontal de cinco días de evolución, sin fiebre ni afectación de la agudez visual. A la exploración destaca edema periorbitario e hiperemia conjuntival derecha. Se solicita control analítico con resultado normal y TAC orbitario con contraste compatible con miositis orbitaria derecha. Dado el diagnóstico, se inicia pauta de antibioterapia empírica y corticoterapia intravenosa. En los días posteriores se completa su estudio con serologías, IGRA y estudio de autoinmunidad normales y RMN craneal, en la cuál se visualiza un engrosamiento del músculo recto inferior y recto lateral con cambios inflamatorios circundantes. Durante su seguimiento en consulta se obtiene biopsia cutánea en la que se muestra un patrón inflamatorio difuso, en concordancia con la patología sospechada inicialmente y se realiza nuevo TAC orbitario con desaparición de las lesiones visualizadas en el previo. El pseudotumor orbitario es una etiología de ojo rojo doloroso poco habitual, por lo que se debe adquirir una alta sospecha diagnóstica. En la mayoría de los casos no se encuentra etiología asociada, por lo que recientemente ha sido sustituido por el término enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI). Es prioritario un diagnóstico precoz para iniciar pauta de corticoides y así evitar posibles complicaciones. El TAC orbitario es la prueba más útil para su diagnóstico, llegando al diagnóstico definitivo mediante la biopsia.

P-046

PAQUIONIQUIA SECUNDARIA A ALTERACIÓN VASCULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Montes Araujo, P.D.C.; Domínguez González, L.M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P046>

Niño de 9 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por presencia de engrosamiento de la falange distal del segundo dedo de la mano derecha de nueve meses de evolución tras traumatismo con balón de baloncesto, que ha ido en aumento progresivo. Adjunta radiografía donde se objetiva aumento de densidad ósea en falange distal, sin alteración en espacios interfalángicos, evidenciando aumento de tejidos blandos. A la exploración se observa uña en forma de “palillo de tambor”, levemente dolorosa a la palpación, no rubor ni calor, no limitación de la flexo-extensión. Afebril. No síntomas constitucionales. Se decide realización de resonancia magnética (RMN) y analítica con perfil infeccioso, anticuerpos anti-nucleares (ANAs) y serología. En la RMN se establece como primera impresión diagnóstica osteomielitis de la falange distal. La analítica muestra hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda normales, serología negativa y ANAs negativos. Se decide toma de biopsia ósea para microbiología y anatomía patológica. La anatomía patológica muestra esclerosis ósea y fibrosis intertrabecular, compatible con osteomielitis crónica. No se identifica neoplasia. Cultivo de la biopsia ósea negativo. Se decide ingreso en planta. Recibe tratamiento con cefuroxima intravenosa durante todo el ingreso (8 días), con leve mejoría de la inflamación del dedo, sin eritema ni aumento de temperatura. Permanece afebril y con buen estado general en todo momento. Se realiza gammagrafía compatible con el diagnóstico de sospecha de osteomielitis crónica en la falange distal del 2º dedo izquierdo. Se realiza interconsulta a Dermatología, quienes sugieren como diagnóstico alternativo paquioniquia como proceso de déficit

vascular, recomendando valorar situación vascular del miembro. Se realiza angiotomografía computarizada y ecografía Doppler del brazo, compatibles con fistula arteriovenosa. En conclusión, las lesiones vasculares incluyen un espectro de alteraciones tanto congénitas como adquiridas, que aunque infrecuentes, debemos considerar incluir en el diagnóstico diferencial de cualquier patología.

P-047 PATOLOGÍA UNGUEAL, ¿EXISTE ALGO MÁS QUE PARONQUIAS Y ONICOMICOSIS?

Hernández Fuentes, F.¹; Navarro Esteban, M.T.². - ¹Centro de Salud Las Torres de Cotillas, Las Torres de Cotillas, España; ²Centro de Salud Aljúcar, Aljúcar, Murcia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P047>

Introducción: La afectación ungueal en Pediatría no es muy frecuente y generalmente es debida a paroniquias generalmente bacterianas y, en otras ocasiones, herpéticas. Sin embargo existen otras malformaciones ungueales a tener en cuenta y que nos pueden orientar la patología. **Caso:** Acude paciente de 2 años por presentar lesión a nivel de uña de primer dedo de ambos pies desde muy pequeño. Desde el año de vida evolucionó hacia onicomadesis y cromoniquia (coloración blanquecina). Se trató con antifúngico tópico durante 4 semanas en ambas uñas hace varios meses. En la actualidad uña de pie izquierdo sin lesión y en pie derecho persiste dicha cromoniquia asociada a paroniquia (inflamación e infección de la piel ungueal). Destaca desviación lateral de la uña del eje longitudinal de ambas uñas respecto a falange distal del dedo, por lo que se sospecha de desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. Se decide nuevo tratamiento con antifúngico tópico. Se encuentra a la espera de ver evolución en 2 semanas. **Discusión:** Ante afectación ungueal, sobre todo, si refiere desde primera infancia, hay que valorar la posible asociación con afectaciones congénitas. La desviación congénita del 1º dedo del pie es una afectación asintomática que generalmente cura con el crecimiento. Hay que valorar y tener en cuenta sus complicaciones con etiología traumática en muchas ocasiones (uña encarnada, paroniquia, formación de tejido de granulación...). Su diagnóstico diferencial es amplio.

P-048 SI UN SIGNO EN UNA ENFERMEDAD NO TERMINA DE CUADRAR, LA HISTORIA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO FINAL TE HARÁ LLEGAR

Ulecia Cantero, R.; Gallego Cortés, F.J.; Martínez García, A.; Macías López, N.; Begines Tirado, M.; Álvarez Fernández, J.; Pavón Jiménez, S.; Alfonso Tena, N.; Escalante Ocampo, P.; Serrano Ortega, I. - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P048>

Mujer de 10 años, con antecedentes personales de trastorno del espectro autista, epilepsia y estrabismo convergente intervenido que acude a consulta por fiebre de 10 días de evolución, conjuntivitis bilateral no purulenta y exantema eritematoso generalizado. Asociando también labios algo fisurados y clínica gastrointestinal al comienzo del cuadro. Se realizaron pruebas analíticas donde destacaban un aumento de Pro-BNP, dímero-D y transaminasas, con una leve trombocitosis y eosinofilia, por lo que se ingresó para tratamiento con inmunoglobulinas y aspirinas por sospecha de enfermedad de Kawasaki. Posteriormente, resultó positiva la muestra nasofaríngea para adenovirus, y dado la clínica y las pruebas analíticas (transaminasas en ascenso: aspartato aminotransferasa 1.100 y alanina

aminotransferasa 750), se llegó al diagnóstico de hepatitis aguda grave infantil por adenovirus (resto de serologías de virus hepatotropos fueron negativas). La evolución clínica de la paciente no fue favorable, ya que continuaba con picos febriles y se apreció un empeoramiento del exantema maculopapuloso, extendiéndose por más partes del cuerpo (miembros, tronco, cuello, espalda...), siendo cada vez más pruriginoso y eritematoso. Rehistoriando a la familia comentaron que para su epilepsia ya conocida estaba en tratamiento con ácido valproico, pero ante la persistencia de un elevado número de crisis, dicho fármaco fue sustituido hacia 3 semanas por su neuropediatra por fenobarbital, llegando al diagnóstico de síndrome de Dress. Se retiró tratamiento con fenobarbital, siendo sustituido por otro anticonvulsivante y se inició corticoterapia con mejoría progresiva del cuadro hasta su desaparición sin secuelas. **Conclusiones:** El síndrome de Dress es una enfermedad que consta de una tríada específica (exantema, compromiso multisistémico y alteraciones hematológicas [habitualmente eosinofilia]). La sintomatología aparece habitualmente de 2 a 6 semanas del inicio de un nuevo fármaco (generalmente anticonvulsivantes o sulfamidas). El tratamiento es la suspensión del fármaco causante más corticoterapia.

P-049 TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Gil Carrasco, A.; Gruber, F.; Balboa Ros, O.; Gala Grado, F.J.; Callicó Boix, B.; Giner Piqueras, A. - Centre de Salut Can Bou, Castelldefels, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P049>

Introducción: Las verrugas plantares son lesiones cutáneas benignas cuya prevalencia es del 14 %, siendo más frecuentes entre 5 y 20 años. Producen dolor por su localización, pudiendo limitar la actividad diaria. Debido a su alta tasa de recidiva, su tratamiento supone un desafío en la práctica ambulatoria. **Anamnesis:** Dos varones caucásicos de 7 y 8 años, sin antecedentes de interés, consultan por verrugas plantares. Previamente recibieron tratamiento combinando crioterapia semanal y ácido salicílico diario: el primero, 1 sesión de crioterapia y 2 semanas de ácido salicílico; el segundo, 6 sesiones de crioterapia y 2 meses de ácido salicílico. Ambos sufrieron dolor peri y post procedimental, evolucionaron sin mejoría clínica e incluso presentaron nuevas lesiones adyacentes. **Exploración clínica y procedimientos diagnósticos:** Se identifican, mediante observación clínica y dermatoscopia, lesiones plantares papulosas hiperqueratósicas en los talones y las cabezas metatarsianas (caso uno: 7; caso dos: 4), con punteado negro y pérdida de dermatoglifos. **Procedimientos terapéuticos:** Se realizó tratamiento semanal durante cuatro semanas consecutivas con el complejo Nitrizinc, siguiendo instrucciones del fabricante, indoloro y no causó daños circundantes. Todas las lesiones se momificaron y desprendieron de manera atraumática desde la tercera dosis, hasta 2 semanas posteriores a la última, sin lesiones cicatrizales. No han presentado recidivas en los 6 meses siguientes al tratamiento. **Conclusiones:** No existe consenso sobre el tratamiento *gold standard* de verrugas plantares, proponiéndose diferentes opciones en función del coste, disconfort y recursos disponibles. Actualmente, la primera línea terapéutica es el ácido salicílico y/o la crioterapia por su bajo coste y manejo ambulatorio, aunque producen dolor y dermatitis, tienen baja efectividad y alta probabilidad de recidiva. Ante los resultados expuestos, proponemos valorar el complejo Nitrizinc como primera elección en aquellas situaciones en que su coste pueda ser asumido por las familias, dada su efectividad y aplicación indolora.

P-050

UNA ALTERNATIVA DIAGNÓSTICA AL HEMANGIOMA CUTÁNEO DE LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Torre Francisco, R.; Martín Moreno, A.; Sabir, K.; Martínez Alemán, A.; De La Hoz Riola, M.; Rubio Alcocer, A.; Ferreo Santos, P.; De La Torre Martín, L.; Torrejón López, M.; León Jiménez, J.P. - Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España - <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P050>

Anamnesis: Lactante de 18 meses, sana salvo dermatitis atópica. Consulta en centro de salud por aparición brusca de bultoma no doloroso en muslo derecho de 48 h evolución, sobre lecho de lesión previa (mácula azulada <1 cm) presenta desde los 8 meses de vida y catalogada por pediatra como hemangioma cutáneo infantil de crecimiento progresivo lento. Niegan traumatismo o manipulación. **Exploración física:** Tumoración indurada bien delimitada (3 cm de diámetro), coloración violácea-azulada, sin componente epidérmico. No pulsatibilidad, ni signos de sobreinfección local. No otras lesiones cutáneas. Resto sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante posible complicación local de hemangioma, se remite a Servicio de Urgencias. Se solicita ecografía Doppler de partes blandas, objetivándose lesión en tejido celular subcutáneo (27 x 16 mm) con vasos de pequeño tamaño en septos arteriales y venosos, sugestiva de lesión mixta (componente de linfangioma y de malformación vascular de bajo flujo) y presentando varias cavidades anecoicas, algunas sin flujo vascular y otras con hallazgos sugestivos de hematoma contenido. Este último hallazgo hace sospechar malformación vascular de bajo flujo complicada, por lo que se remite a Dermatología, realizándose biopsia. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico histológico de malformación vascular mixta linfático-capilar. En revisión tras 4 semanas se mantiene estable, decidiéndose actitud expectante. **Conclusiones:** Es primordial conocer el diagnóstico diferencial de los tumores benignos cutáneos más frecuentes en la infancia. Las malformaciones vasculares congénitas o de aparición temprana (primeros meses de vida) crecen despacio y nunca involucionan, características claves diferenciadoras de los hemangiomas cutáneos infantiles. Su diagnóstico es clínico, pero la ecografía-Doppler puede ayudar a diferenciarlas; si persiste duda diagnóstica se reserva el estudio anatomopatológico. La actitud terapéutica depende de la edad, localización de la lesión, evolución clínica y datos de complicación. Principalmente se realizará actitud expectante, reservándose tratamiento con láser pulsado, embolización-escleroterapia o cirugía para casos seleccionados.

P-051

USO COMBINADO DE INMUNOGLOBULINA Y CORTICOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tejero Pastor, L.; Gil Calderón, J.; Melgosa Peña, M.; Oquillas Ceballos, A.; Ruiz Araus, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Gonzalo San Esteban, A.; Gabaldón Pastor, D.; Portugal Rodríguez, R.; Mañaricua Arnáiz, A. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P051>

Anamnesis: Varón de 13 años con fiebre de 7 días de evolución y lesiones en mucosa oral y genital. Asociaba dolor bucal e imposibilidad para la ingesta, por lo que ingresó en planta de hospitalización. **Exploración física:** Presentaba labios edematosos, fisurados con costras, así como placas blanquecinas y edema a nivel genital. Asociaba hiperemia conjuntival bilateral no exudativa. Durante el ingreso aparecieron progresivamente lesiones papuloeritematosas no prurigi-

nosas, de aproximadamente un centímetro de diámetro en la espalda, dorso de manos y ambas muñecas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizaron análisis de sangre seriados donde presentaba una mínima elevación de los reactantes de fase aguda (leucocitos 11.300/ μ L, neutrófilos 8.700/ μ L, ferritina 177 ng/mL, plaquetas 362.000/ μ L, PCR 44 mg/L y PCT 0,2 ng/mL). La PCR en el aspirado nasofaríngeo fue positiva para gripe B. Se realizó valoración oftalmológica, siendo diagnosticado de conjuntivitis irritativa bilateral e iniciando una pauta de antibiótico y corticoide oftálmico. Los hemocultivos, cultivos de exudado oral y genital, así como las serologías fueron negativos. Ante el cuadro compatible con síndrome de Stevens-Johnson, se inició metilprednisolona intravenosa a 1 mg/kg/día y metamisol pauta. A los 7 días, al no obtenerse mejoría, se asoció inmunoglobulina intravenosa 1 mg/kg/día durante dos días consecutivos y corticoide tópico en las lesiones cutáneas más activas. Con ello se apreció una mejoría progresiva, con disminución de las lesiones y recuperación de la alimentación por vía oral. Actualmente se encuentra asintomático y no ha presentado nuevos brotes. **Conclusiones:** El síndrome de Stevens-Johnson presenta un grado de expresividad clínica variable, por lo que se debe incluir en el diagnóstico diferencial de exantemas con afectación de mucosas. No existe en la actualidad un consenso sobre el tratamiento y las dosis farmacológicas, aunque el uso combinado de inmunoglobulina y corticoides ha demostrado una alta tasa de resolución de los síntomas y una adecuada tolerancia.

P-052

VERRUGAS SIMPLES POR VIRUS DEL PAPILOMA: LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ESCALONADO

Barbadillo Mariscal, B.; Barbadillo San Esteban, B.; Tejero Pastor, L.; Ruiz Araus, A.; Oquillas Ceballos, Á.; Melgosa Peña, M.; García Miralles, L.C.; Mañaricua Arnáiz, A.; Rodríguez Miguelez, M.³. - Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P052>

Anamnesis: Paciente de 13 años que acude a consulta por lesión verrucosa de gran tamaño en quinto dedo de la mano derecha desde hace 4 meses. En ese momento consulta en dermatólogo privado, que indica laserterapia y tratamiento con isotretinoína oral 10 mg/día, hasta el momento actual, sin evidenciar ninguna mejoría. **Exploración física:** Lesión verrucosa de gran tamaño compatible con papiloma cutáneo en superficie extensora de quinto dedo de mano derecha, de unos 2 centímetros de diámetro. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica de control tras 4 meses de tratamiento con retinoide oral, incluyendo función hepática, perfil lipídico y CK, sin hallazgos patológicos. Ante la falta de respuesta, se suspende isotretinoína oral. Se inicia tratamiento antiverrugas tópico con 5-fluoruracilo (5-FU) y ácido salicílico y se indican lavados con raspado diario en domicilio. En el control realizado al mes de tratamiento, se evidencia marcada reducción del tamaño y espesor de la lesión. Pendiente de nuevo control a los 3 meses de tratamiento. **Conclusiones:** Las verrugas víricas son una infección cutánea muy frecuente en niños, con múltiples opciones de tratamiento. La primera línea terapéutica la constituyen los salicilatos por su acción queratolítica a lo que puede añadirse 5-FU, seguido de crioterapia o la exéresis. Tratamientos más agresivos, como la laserterapia o los retinoides orales, quedan reservados como segunda o tercera línea de tratamiento, ya que presentan efectos adversos importantes como toxicidad hepática e importante sequedad cutánea. Además, tal y como se muestra en nuestro paciente, su efectividad no es superior a la de los tratamientos de primera

línea. Por tanto, independientemente del tamaño de la verruga, se ha de iniciar el tratamiento de forma escalonada, sin recurrir desde un primer momento a las opciones más agresivas.

P-053

VESÍCULAS EN LA ZONA GENITAL EN NIÑOS: ¿HERPES SIMPLEX, ABUSO SEXUAL...? OTRAS OPCIONES

Salcedo Fresneda, O.; Alonso Alonso, A.; Muñoz Lumberras, M.; González Morán, L.E.; Vigal García, N.; Carreño Martín, J.; Pérez Gordón, J.; Alonso Álvarez, M.A.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P053>

Caso clínico: Niña de 12 años procedente de Colombia, que acude a Urgencias de Pediatría por prurito y quemazón genital, de varios días de evolución. No clínica miccional ni alteraciones del flujo vaginal. Niega relaciones sexuales. Afebril. **Exploración física:** Pápulas y vesículas en racimo (en diferentes estadios) en monte de venus, labio mayor, glúteo, región interglútea y cara posterior de muslo derechos. Antecedente de varicela a los 4 meses. No menarquía. Ante sospecha de herpes zóster con localización poco habitual en Pediatría, es valorada por ginecología, recogiendo muestras de exudado endocervical y cutáneo para estudio de virus y bacterias, y serología de infecciones de transmisión sexual (ITS), si bien la anamnesis, así como la exploración ginecológica, no sugirieron sospecha de abuso o práctica sexual de riesgo. Se pauta tratamiento con aciclovir oral durante 5 días, y antiséptico tópico. Seis días después consulta de nuevo por empeoramiento de la clínica local. Las vesículas han disminuido en número, pero presenta zonas costrosas con signos de sobreinfección. Se añade amoxicilina-clavulánico oral al tratamiento, y tras valoración por Dermatología, se prolonga la pauta de aciclovir a 10 días. El exudado de virus en las lesiones cutáneas fue positiva para virus varicela-zóster (VVZ); y en exudado endocervical para *Mycoplasma hominis*. Serología de ITS negativa, mostrando inmunidad positiva (IGG) para VVZ y virus de Epstein-Barr. Resolución clínica posterior sin secuelas. **Comentarios:** Las lesiones en la zona genital en niños son poco frecuentes, y pueden plantear sospechas de abuso sexual, con las implicaciones legales y psicológicas que ello conlleva. Las lesiones vesiculosas en genitales suelen asociarse con los virus herpes simplex, siendo también posible, aunque inusual en niños inmunocompetentes, la reactivación a ese nivel del VVZ. El estudio microbiológico precoz permitirá el diagnóstico de certeza, así como descartar otros patógenos más propios de la práctica sexual.

P-054

¿CONOCEMOS TODAS LAS FORMAS DE ESCROTO AGUDO?

Erroz Ferrer, M.; Mateos Torre, P.; Sánchez Durán, M.Á.; Gordo Baztán, I.; López Fernández, L.; Bernadó Fonz, R.
Hospital de Navarra, Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P054>

Descripción del caso: Niño de 7 años y medio que consulta en Urgencias Pediátricas por dolor e inflamación testicular de 8-10 horas de evolución. Refieren que la intensidad del dolor aumenta progresivamente, asociando mayor edema y aparición de hematoma en ambas bolsas escrotales. No refieren traumatismo previo, tampoco disuria, mareo, vómitos, fiebre ni otra clínica asociada. No presenta antecedentes personales de interés. A la exploración se observan ambos testes eritematosos y edematosos, junto con hidrocele y hematoma en regiones más declives. Presenta palpación

intensamente dolorosa, ausencia de reflejo cremastérico bilateral y signo de Prehn negativo bilateral (siendo el pene normal). Se realiza ecografía-Doppler testicular que muestra llamativo engrosamiento de envolturas escrotales y edema que afecta a todo el espesor de las partes blandas. Se aprecian testes de tamaño y ecoestructura normal, con preservación de la vascularización y sin presentar afectación de epidídimos, cordones espermáticos ni pene. Dado los hallazgos clínicos y ecográficos compatibles con edema escrotal idiopático, se mantiene actitud conservadora con antiinflamatorios no esteroideos y reposo relativo. Una semana después se contacta telefónicamente con los padres, quienes indican buena evolución con edema testicular en resolución y desaparición del dolor, sin otras complicaciones. **Conclusiones:** El edema escrotal agudo idiopático es una entidad autolimitada que afecta generalmente a niños prepúberes y se estima que supone hasta el 20 % de la patología escrotal aguda (cuarta causa más frecuente tras la torsión de apéndices testiculares, la epididimitis y la torsión testicular). Su aparición es súbita y su etiopatogenia es desconocida, sin asociarse a traumatismo previo. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y de exclusión, apoyado por la ecografía-Doppler y su manejo es sintomático, con remisión espontánea en una semana. Dado su carácter benigno es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de escroto agudo para poder evitar tratamientos e intervenciones quirúrgicas innecesarias.

P-055

¿HACIA DÓNDE PASA EL AIRE?

Raya Tejero, C.; Farrona Villalba, A.; Torres Díaz, M.; Roco Rosa, M.; Bermejo Rodríguez, I.M.; Puyana Rodríguez, J.M.; Díaz Méndez, I.; Palacios Fernández, N.; Lechón Caballero, M.C.; Jiménez Tejada, L.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P055>

Anamnesis: Paciente de 2 años con antecedentes de hiperreactividad bronquial desde los seis meses con tratamiento de mantenimiento que consulta por edema e inflamación de hemicara izquierda, tras ser valorada por episodio de broncoespasmo horas antes. Inicialmente fue derivada desde Atención Primaria (AP) por dificultad respiratoria en tratamiento los últimos días con broncodilatadores y corticoides inhalados sin mejoría. Se optimiza tratamiento, siendo dada de alta por mejoría del cuadro. Presenta pico febril de 38,1°C en este momento. **Exploración física:** Edema en hemicara izquierda (párpados y mejilla), con dificultad para apertura ocular, sin dolor con los movimientos oculares, oftalmoparesia ni proptosis. No dificultad respiratoria. A la auscultación presenta aceptable entrada de aire bilateral, con ruidos rudos dispersos y sibilantes aislados. Horas más tarde se objetiva crepitación a la palpación de la hemicara afecta y tronco. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Sospecha inicial de celulitis preseptal, por lo que se inicia antibiótico empírico intravenoso. - Analítica sanguínea: discreta linfopenia (2.530/L), PCR 45 mg/L, resto normal. - PCR de virus respiratorios: VRS, enterovirus y rinovirus positivo. - Valoración por Oftalmología: descarta la presencia de celulitis, por lo que se retira antibiótico. - Radiografía de tórax y cráneo: pequeña línea de neumotórax izquierdo no a tensión y enfisema subcutáneo en tórax, cuello y hemicara izquierda. Durante el ingreso, se mantiene con oxigenoterapia de bajo flujo, broncodilatadores inhalados y corticoides intravenosos con mejoría progresiva del proceso respiratorio y resolución completa de enfisema y neumotórax. **Conclusiones:** - Ante la aparición de edema y crepitación a la palpación en paciente con antecedentes de broncoespasmos de repetición, debemos pensar en la existencia de escape

aéreo. - Desde Atención Primaria, es importante un adecuado control de los pacientes con asma, comprobando una adecuada técnica de administración de la medicación por parte de los cuidadores, así como una correcta escalada de tratamiento.

P-056

IMÁGENES QUE CONFUNDEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Bethencourt, M.; García Díaz, F.J.; Andrade Díaz, C.; Macías García, M.; Lanero Olivencia, B.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P056>

Introducción: La correcta interpretación de las pruebas de imagen en Pediatría requiere un conocimiento de las peculiaridades anatómicas del niño en cada una de las diferentes etapas, ya que se pueden producir dudas o errores diagnósticos debido al desconocimiento de las mismas. **Antecedentes personales:** Gran prematuro de 30 semanas de edad gestacional. Palivizumab mensual para profilaxis. Lactante varón de 10 meses que consulta por fiebre de 3 días de evolución de hasta 39,3°C. Asocia mucosidad y tos desde el inicio del cuadro. Ha presentado un vómito mucoso aislado en relación con acceso de tos. Secreciones oculares amarillentas. Adecuada ingesta. **Exploración:** Triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable. Buen estado general, normocoloreado. Bien hidratado. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Buena ventilación en ambos hemitórax con subcrepitanes aislados. **Pruebas complementarias:** Radiografía de tórax: senos costofrénicos y cardiofrénicos libres. Aumento de trama perihilar bilateral. Imagen hiperdensa de bordes bien definidos en tercio superior del hemitórax derecho que genera dudas con atelectasia/sombra tímica. Por la edad y las características radiológicas se trata de una “vela tímica” como primera opción. **Conclusiones:** - El timo es un órgano linfático encargado de la maduración de los linfocitos T y B. Su tamaño es mayor en niños pequeños e involuciona con la edad, siendo reemplazado por tejido graso. - Debido a la gran variabilidad en la morfología del timo es fundamental que los pediatras estemos familiarizados con el amplio espectro de apariencias. - Es frecuente que la sombra tímica se confunda con una neumonía o atelectasia de los lóbulos superiores. - Se pueden observar diferentes signos radiológicos como la “vela tímica” (imagen triangular en lóbulo derecho con base bien definida por la cisura menor), “oleada tímica” (impresión de los arcos costales anteriores sobre el borde lateral del timo) y como una “muesca o hendidura”. - El timo no comprime vasos ni vía aérea.

P-057

QUISTE EN LA MAMA, ¿TAMBIÉN MI HIJO?

Navedo De Las Heras, A.¹; Basterrechea San Gregorio, M.L.¹; Ardelá Díaz, E.²; Colino García, M.A.²; Carrillo Hernández-Rubio, R.². - ¹Hospital HM Regla, León, España; ²Hospital HM San Francisco, León, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P057>

Anamnesis: Niño de 5 años que acude a la consulta por presentar nódulo indurado en la areola mamaria izquierda, próximo al pezón, desde hace 3 meses con crecimiento lento. Niega dolor, cambios inflamatorios o fiebre. No traumatismos ni heridas previas en la zona. La hermana de 7 años, había presentado nódulo similar en mama derecha hacía un año, con la misma evolución. **Exploración física:** En el cuadrante superoexterno de la areola mamaria izquierda se palpa lesión nodular blanquecina de consistencia dura, aproximadamente 2 x 2 mm de tamaño. No molestias a la pal-

pación. No otras lesiones externas, no eritema ni calor local. No adenopatías palpables. Resto de exploración sin hallazgos. **Exploración complementaria:** Se realiza ecografía mamaria que describe quiste hipoecoico compatible con quiste de Montgomery. BIRADS 2. **Plan terapéutico:** Intervención quirúrgica para exéresis del quiste. Resultando de su estudio histopatológico un quiste epidermoide de Montgomery. **Conclusiones:** El quiste retroareolar mamario (QRM) o de Montgomery es una entidad, benigna, poco frecuente en varones en la edad pediátrica. Es más común en mujeres, tanto pre y post menárquicas. Su incidencia real es desconocida. La formación del quiste corresponde con una obstrucción y dilatación quística de las glándulas mamarias accesorias. La mayoría de los quistes son no complicados, pueden ser únicos o múltiples y con forma variable. Su presentación clínica puede ser sintomática o asintomática. Se debe tener en consideración que un QRM puede evolucionar a un absceso. Su inflamación requiere tratamiento con antiinflamatorios y/o antibióticos. En la mayoría de los casos, si se trata de quistes no complicados, se puede realizar un seguimiento mediante ultrasonidos. El tratamiento definitivo es mediante cirugía.

P-058

SANGRADO A TRAVÉS DEL PEZÓN DE UN LACTANTE, ¿QUÉ SOSPECHAMOS?

Navedo De Las Heras, A.¹; Reguera Bernardino, J.²; Carrillo Hernández-Rubio, R.³; Villoslada Muñiz, R.L.¹; García Fernández, M.¹; Fernández Prado, A.¹. - ¹C.S. Valencia don Juan, Valencia don Juan, España; ²C.S. Ribera del Órbigo, Benavides de Órbigo, España; ³Hospital el Bierzo, Ponferrada, León, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P058>

Anamnesis: Lactante 5 meses, sexo femenino, sin antecedentes de interés. Lactancia materna exclusiva. Acude por sangrado intermitente a través del pezón derecho desde hacía 3 días. No traumatismo previo, heridas ni aumento del volumen mamario. No irritabilidad ni fiebre. **Exploración física:** Destacaba una costra en el pezón y salida de sangre a través del pezón derecho. No se apreciaron otras alteraciones. Resto de exploración sin hallazgos. **Pruebas complementarias:** Analítica (hemograma, bioquímica general, coagulación y estudio hormonal) sin mostrar alteración. El exudado para cultivo microbiológico fue negativo. El estudio citológico, mostró presencia de células epiteliales ductales, descartando células malignas. La ecografía mamaria fue normal. No precisó ningún tratamiento. **Evolución:** El sangrado cesó espontáneamente después de 3 semanas. **Conclusiones:** La causa más frecuente de telorragia en el lactante es la ectasia ductal mamaria (EDM). La EDM es un proceso benigno. Corresponde con la dilatación de los ductos mamaros galactóforos, produciendo secundariamente inflamación periductal. La etiología es aún desconocida. El papel hormonal tiene la principal relevancia, los estrógenos favorecerían el aumento del sistema ductal. La edad de presentación varía desde primeras semanas hasta la adolescencia, con mayor proporción del sexo femenino. En el manejo de la telorragia en los niños, dado que en la mayoría de los casos es un proceso leve y benigno, debe evitarse pruebas invasivas, siempre que no existan datos sospechosos de malignidad. La ecografía mamaria, el estudio citológico y la medición de los niveles hormonales suelen ser suficientes como estudio. La ecografía mamaria podría ser normal en niños. En estos casos el estudio citológico es el que orienta al diagnóstico con la presencia de células epiteliales ductales. En aquellos en los que todas las pruebas diagnósticas sean normales y no haya un dato concluyente se recomienda control evolutivo. La mayoría de las telorragias se resuelven espontáneamente al cabo de semanas.

P-059 UN DEDO QUE NO CURA

Rollano Corroto, I.; Marín Rodero, J.; Ruiz Rentería, E.; Alcalde Alfonso, M.; Docío Pérez, P.; Ramos Cela, M.; Criado Gijón, I.; Figueroa Jiménez, S. - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P059>

Lactante de 21 meses acude a Urgencias por lesión en segundo dedo de mano derecha de 48 h de evolución. En dicha valoración, y ante sospecha de celulitis bacteriana, se inicia tratamiento con mupirocina tópica y amoxicilina-clavulánico oral (50 mg/kg/día). Sin embargo, 72 h después acuden para nueva valoración por empeoramiento. La madre presentó herpes labial en la semana previa al inicio del cuadro. A la exploración física se objetiva lesión eritemato-descamativa en uña y pulpejo de 2º dedo de mano derecha con eritema, edema y aumento de calor local, doloroso a la palpación. Asimismo, presencia de lesiones satélites en el mismo dedo sin afectación de la movilidad ni sensibilidad. En orofaringe se objetiva hiperemia con vesículas en paladar duro y blando. En Urgencias se extrae analítica con hemograma y bioquímica anodinas, así como frotis faríngeo con resultado positivo para herpes simple tipo I. Se realiza ecografía, objetivándose engrosamiento del lecho ungueal del 2º dedo de la mano con colección de partes blandas, sin evidencia de osteomielitis. Ante sospecha de celulitis de mano derecha en contexto de sobreinfección de panadizo herpético, se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico, aciclovir y mupirocina con excelente evolución posterior. El panadizo herpético es una lesión cutánea producida por el virus herpes simple, principalmente por tipo 1. La visualización de la lesión evita realizar un diagnóstico incorrecto e instaurar tratamientos innecesarios. La clínica habitual es una lesión con vesículas arracimadas en el primer o segundo dedo. Es frecuente tras autoinoculación desde una gingivostomatitis herpética, por ello es importante la exploración física completa incluyendo orofaringe. Con frecuencia se confunde con la celulitis bacteriana, aunque las vesículas herpéticas suelen ser confluentes con contenido líquido claro no purulento. El curso es autorresolutivo, aunque en ocasiones puede ser necesario tratamiento con aciclovir oral. El drenaje de la lesión está contraindicado.

P-060 ACOMPAÑANDO LA CRIANZA. EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA Y CRIANZA EN UN CENTRO DE SALUD

Gómez Lucenilla, M.; Reyes Vázquez, M.D.; Blázquez Soriano, M.; Esquivel Quina, E.; Buitrago Torrijos, L.; Artigas Rodríguez, S. - CAP Sagrada Familia, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P060>

Desde el año 2018 en nuestro centro de Atención Primaria realizamos sesiones semanales de intervención grupal dirigidas a familias con bebés lactantes; durante la pandemia se anularon, pero este curso hemos recuperado la actividad presencial. **Objeto estudio:** Valorar el grado de satisfacción obtenido por las familias a través de nuestra intervención. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Desde octubre 2022 a junio del 2023 hemos atendido 27 familias, principalmente madres de bebés que tenían 15 días y 6 semanas de vida en el inicio, con edades comprendidas 32-46 años. El grupo está liderado por dos enfermeras de Pediatría que motivan la participación activa y dinámica de las madres, con el objetivo principal de que se sientan acompañadas y empoderadas en su maternidad, que puedan compartir y escuchar experiencias recién vividas, que

creen lazos y resuelvan dudas disminuyendo así su incertidumbre. Al final, registramos en una encuesta, datos epidemiológicos y grado de satisfacción. **Resultados:** El 100 % de las familias se sintieron muy bien acogidas en el grupo, el 92,59 % catalogaron como muy buena la dinámica generada y el 100 % valoraron como muy bueno el volumen de usuarias. En cuanto a la valoración de las profesionales, el 100 % se sintieron muy bien acompañadas por ellas y calificaron de muy buenos, tanto los conocimientos aportados como la claridad de los temas; el 96,29 % consideran que la accesibilidad para resolver dudas era muy buena. El 100 % de las familias lo recomendarían. **Conclusiones:** Observamos que, a través de nuestro acompañamiento y respeto a los diferentes estilos de crianza, el grupo ha empoderado a las mamás en su maternidad, ha ayudado a crear lazos entre ellas y han formado tribu, incluso han creado un grupo de WhatsApp donde se siguen acompañando y enriqueciendo de sus experiencias.

P-061 DESINFORMACIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

Ojeda Velázquez, I.¹; Gil Ángel, I.¹; Bustos Fonseca, M.J.².
¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España;
²Centro de Salud 1º de mayo, Rivas-Vaciamadrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P061>

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes españoles se han duplicado desde 2016. En Atención Primaria esta realidad nos obliga a revisar las medidas de prevención de estas enfermedades en este grupo de riesgo. El objetivo principal de esta revisión es exponer evidencias en relación a la educación sexual y contrastarlas con las recogidas en los protocolos actuales del Programa del Niño Sano de la Comunidad de Madrid. **Material y métodos:** Este trabajo es una revisión narrativa sobre los métodos de educación sanitaria que existen, su efectividad, y su uso en prevención de ITS en adolescentes. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Web of Science, o Medes, además, de una búsqueda en el portal del Instituto Nacional de Estadística (INE). **Resultados y discusión:** Se recomienda valorar la salud sexual en la consulta, principalmente antes de los 13 años. Se requiere comprobar los conocimientos previos sobre ITS y características de los diferentes métodos anticonceptivos y educar para la adquisición de habilidades. Se ha probado que las modificaciones de la conducta son coste-efectivas en contraposición al tratamiento de una ITS. Se ha demostrado que la utilización de métodos interactivos, adecuados a la comprensión del paciente, mejora lo aprendido y que este tipo de medidas educativas son efectivas si tienen una duración de 2 horas. La carga asistencial no suele permitir estas medidas, por lo que se plantean intervenciones más cortas, pero los resultados de las mismas son inconsistentes y requieren mayor estudio. **Conclusiones:** La educación sexual en adolescentes tiene un grado de recomendación II-A en la evidencia científica. A pesar de ello son necesarios más estudios para evaluar cuál es la mejor técnica para su realización desde el ámbito de la Atención Primaria.

P-062 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE RIESGO

Rojas Valle, L.; Parra Villena, A.; Franco Martín, I.; Durán Nieto, V.M.; Florido Suárez, I.; Carrasco Tur, L.; Puyana Rodríguez, J.M.; Bermejo Rodríguez, I.M.; Raya Tejero, C.; Del Castillo Navío, E. - Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P062>

Introducción: En los niños con síndrome de Down, la gripe puede ser un motivo de deterioro de su estado de salud. Según las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, estos pacientes al ser población de riesgo, deberían vacunarse de la gripe anualmente a partir de los 6 meses de vida.

Anamnesis y exploración física: Varón de 8 años con síndrome de Down, sin otros antecedentes de interés, correctamente vacunado a excepción de la vacuna antigripal. Ingresa en dos ocasiones en un periodo de 5 meses por dificultad para la bipedestación y deambulación junto con dolor en miembros inferiores de 24 h de evolución, asociando en los días previos: fiebre, odinofagia, tos, mucosidad nasal y disminución de la ingesta oral. En la exploración física destaca dolor a la palpación muscular de miembros inferiores y aumento de la base de sustentación, con rechazo a la marcha.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En ambos ingresos, ante la sospecha de miositis aguda secundaria a etiología infecciosa, se inicia estudio realizando analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y coagulación, en la que se objetiva leucopenia con neutropenia, plaquetopenia y CPK >10.500 UI/L, junto con PCR de virus respiratorios positiva para Influenza A y B, respectivamente. Se instaura fluidoterapia intravenosa a necesidades basales para rehidratación por fallo renal prerrenal, incidiendo al alta hospitalaria de ambos ingresos en la importancia de recibir vacunación antigripal anual. **Conclusiones:** Los niños con síndrome de Down presentan numerosas comorbilidades, entre ellas una inmunosupresión multifactorial, por lo que resulta de vital importancia la captación activa de estos pacientes al inicio de la campaña antigripal con el objetivo, en primer lugar, de prevenir un empeoramiento en su calidad de vida derivado del padecimiento de esta infección y, en segundo lugar, de reducir los costes procedentes de su hospitalización.

P-063

NO PERDAMOS LOS PAPELES ANTE LAS PANTALLAS

Mallada Viana, M.P.¹; De Pablo Elvira, A.C.²; Maestro Perdices, L.P.²; Paricio García, D.M.C.². - ¹Centro de Salud Rebohería, Zaragoza, España; ²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Sagasta, Zaragoza, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P063>

Objetivos: Informar y capacitar a los profesionales sanitarios sobre las posibles consecuencias del uso inapropiado de pantallas en el desarrollo infantil, tanto a nivel físico como psicoevolutivo en los niños de 0 a 6 años. Conectar con la importancia que tiene para las familias la salud de sus menores, frente al establecimiento de normas en la edad temprana. Dar a conocer programas y herramientas que pueden utilizar en la consulta para promover un uso responsable de las pantallas y prevenir problemas asociados. Instruir sobre los activos de salud de la comunidad y las herramientas de la estrategia de Atención Comunitaria, como recursos y actividades de ocio alternativas al uso de pantallas. **Material:** Póster “Que no te sustituya una pantalla” realizado en colaboración Pediatría-Unidad de Salud mental Infantojuvenil del SALUD (Zaragoza). Trípticos “Pequeñ@s y pantallas” “Niñ@s y pantallas” dirigidos a padres con hijos/as de 0-3 años y de 3-6 años, respectivamente. Juego “La oca de las pantallas”. **Método:** Presentación y difusión del póster. Realización de un taller de formación dirigido a profesionales de la salud (pediatras, enfermeros/as, matronas, psicólogos/as), que trabajan con la Infancia, como mediadores ante grupos de usuarios. El contenido versará acerca del desarrollo cerebral normal en los primeros años de vida y cómo influyen las pantallas en el desarrollo cerebral del niño/a. Además, el efecto en el desarrollo psicoevolutivo (juego, lenguaje, apego, aprendizaje...). La adquisición de los

conocimientos se transmitirá en grupos de crianza, AMPAS u otros similares. **Evaluación y resultados:** Mediremos con un test-pretest tipo Kahoot, conocimientos previos y adquiridos tras el taller. Índice de cobertura: medido en número de sesiones y usuarios asistentes. **Conclusiones:** Se aprecia un cambio de visión de los profesionales que les incita a promover una actitud crítica en las familias ante el uso de las pantallas.

P-064

NOS VAMOS DE EXCURSIÓN AL CENTRO DE SALUD

García Fera, E.M.¹; Guerrero Cabana, E.M.¹; Murillo Guerrero, D.²; Bigorra Espejo, A.¹; Herrera Lazo, J.¹; Rubira Felices, D.³; Llanes Arcusa, M.R.¹; Murillo Guerrero, M.⁴; Roura Gálvez, L.⁵.
¹Línea Pediátrica Viladecans, Viladecans, España; ²Hospital Martorell, Martorell, España; ³CAP Ramona Via, El Prat de Llobregat, España; ⁴CAP Can Serra, Hospitalet, España; ⁵CAP Maria Bernades, Viladecans, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P064>

Justificación: Las visitas al centro de salud asustan al niño cuando acude a consulta, generalmente es desnudado, estirado en una camilla y manipulado, siendo así molestado sin entender muchas veces el por qué. Los niños suelen vivir esta experiencia con temor, de manera un poco traumática, haciendo el miedo al centro aún mayor para la siguiente consulta. La sensación de agresión y el dolor que pueden llegar a sentir, no es intencional, ya que en el centro se les cura, vacuna y examina, con todo esto pueden llegar a sentirse desprotegidos y expuestos, esto les puede generar ansiedad y más malestar. Si realizamos un acercamiento al centro de Atención Primaria, donde puedan conocer las consultas, puedan experimentar con el material que utilizamos y se intenta con esta práctica reducir el disconfort y ansiedad que se puede llegar a producir. **Objetivo:** Reducir el impacto negativo que sufren, en este caso los niños de primero de primaria, al acudir al centro médico para visitarse y realizar revisiones. **Desarrollo:** - Se recibe a los alumnos en la puerta del centro, se realiza primero una parada en la unidad de gestión administrativa, donde explican su labor. - A continuación, se da paso a la consulta del dentista donde el odontólogo explica los procedimientos y enseña el material que se utiliza. - Después pasarán a las consultas de Pediatría dónde podrán experimentar el trabajo de enfermería y pediatras, manipulando y probando los utensilios de consulta. **Conclusión:** Dada la participación e ilusión mostradas durante la exposición y explicación, creamos una experiencia positiva que se podría extrapolar a otros centros o apartados de sanidad para romper los tabús y miedos que se han estigmatizado a lo largo de los años por miedo a aquellos que portan bata blanca.

P-065

PREVALENCIA DE ERRORES REFRACTIVOS Y ALTERACIONES DE LA VISIÓN BINOCULAR EN NIÑOS DERIVADOS DE PEDIATRÍA AL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Coca Serrano, R.¹; Conde Bachiller, Y.¹; Sánchez Tena, M.A.²; Álvarez Peregrina, C.²; Andreu Vázquez, C.³; Martínez Pérez, C.⁴; Moriche Carretero, M.¹. - ¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España; ²Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España; ³Universidad Europea de Madrid, Madrid, España; ⁴Isec Lisboa, Lisboa, Portugal.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P065>

En la actualidad, la derivación a consulta especializada de Oftalmología forma parte de la práctica diaria en Atención Primaria. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de alteraciones refractivas y visión binocular en niños derivados a nuestro servicio,

tras detectarse fallos en el *screening* visual realizado por el pediatra. **Material y métodos:** Niños de entre 6 y 12 años atendidos en Oftalmología del Hospital Infanta Sofía entre junio y septiembre de 2022. Se realizaron pruebas de agudeza visual (AV), *cover test* (CT), estereopsis y punto próximo de convergencia (PPC). Calculamos el equivalente esférico (EE; valor de la esfera más la mitad del cilindro) y clasificamos el defecto refractivo como hipermetropía ($EE \geq +0,5D$), miopía ($EE \leq -0,5 D$), emetropía (EE entre $-0,5D$ y $+0,5D$) y astigmatismo (esfera = $0D$ y cilindro $<0D$). Se consideró alteración en la visión binocular cuando tenía PPC >6 cm y/o exoforia o endoforia en CT de cerca ($<-6Dp$ o $>0Dp$) o de lejos ($<-2Dp$ o $>0Dp$) y/o estereopsis $>60''$. **Resultados:** Revisamos 100 niños (39 % niñas), media $8,7 \pm 2,1$ años. Obtuvimos hipermetropía en el 59 % de los niños, miopía 32 % y astigmatismo 9 %. El 32 % presentaron alteraciones en la visión binocular: el 11 % un PPC >6 cm, el 13 % fallaron CT cerca (4 endoforia / 9 exoforia), 4 % fallaron CT test lejos, y 20 % tuvieron fallo en estereopsis, este fallo fue significativamente más frecuente en niños con hipermetropía no corregida (27,1 %) que en niños con miopía no corregida (9,7 %; $p = 0,033$) y también, fue significativamente más frecuente en niños con una diferencia de AV de 2 o más líneas entre ambos ojos (40,6 %; $p < 0,001$). **Conclusiones:** Las alteraciones de la refracción y visión binocular son frecuentes en niños derivados a Oftalmología: es más frecuente la hipermetropía que la miopía y el astigmatismo. El fallo de estereopsis es más frecuente en niños hipermétropes no corregidos.

P-066

¡CUIDADO CON LAS SINUSITIS! A PROPÓSITO DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE PERO GRAVE

Méndez Sierra, A.; Ruíz Rentería, E.; Caldeiro Díaz, M.J.; Jiménez Montero, B.; Álvarez Álvarez, C.; Marín Rodero, J.; Díaz Fernández, P.; Reyes Sancho, S.; Pérez Belmonte, E.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P066>

Anamnesis: Varón de 14 años que acude a Urgencias por tumefacción frontoparietal de una semana de evolución tras traumatismo con balón de fútbol, con progresión de la misma y aparición de edema periorbitario bilateral. Había recibido antibiótico (amoxicilina-clavulánico) por sinusitis aguda de un mes de evolución, con adecuado cumplimiento. Presentaba leve rinorrea en el momento de la consulta, afebril y sin otra sintomatología. **Exploración física:** Importante tumefacción con zona fluctuante en región frontoparietal central hasta sutura coronal, dolorosa a la palpación, sin otros signos inflamatorios o traumáticos. Además, edema a nivel frontal, raíz nasal y ambos ojos. No otros hallazgos. **Procedimientos diagnósticos-terapéuticos:** En analítica, elevación de PCR (10,5 mg/dl), con hemograma normal. Se completa estudio con TAC craneal, objetivándose absceso epidural (22 x 29 x 60 mm) y extracraneal (14 x 28 x 50 mm), junto sinusitis frontal, etmoidal y maxilar izquierdas. Ante sospecha de tumor inflamatorio de Pott con afectación intracraneal como complicación de pansinusitis aguda, se inicia triple antibioterapia endovenosa (metronidazol, cefotaxima y linezolid) e ingresa en UCIP, siendo intervenido a las 24 horas con craneotomía bifrontal, evacuación de absceso epidural y cranealización de seno frontal. En cultivos intraoperatorios, se aísla *Streptococcus intermedius*, con resto de pruebas microbiológicas negativas. Permanece 7 días en UCIP con buena evolución, permitiendo ajuste de antibioterapia (cefotaxima y metronidazol) en planta de hospitalización, donde completa 6 semanas de tratamiento endovenoso, pendiente de reconstrucción de hueso frontal al alta. **Conclusiones:** El tumor infla-

matorio de Pott es una complicación muy infrecuente de la sinusitis frontal. A su vez, la sinusitis es una entidad infradiagnosticada en la edad pediátrica, al precisar diagnóstico clínico con sintomatología similar a las infecciones respiratorias de vías altas tan comunes en niños. El correcto tratamiento del tumor de Pott, así como una sospecha precoz, son claves dadas las potenciales complicaciones intracraneales graves que puede presentar esta entidad.

P-067

¡HAY UNA GARRAPATA EN MI HIJO!

Domínguez Cháfer, M.; Díaz Martín, S.; Osterheld, E.; Alonso Ortega, S.; Marín Viñuales, A.; Figueroa Herrera, M.P.; Miguel Heredero, A.; Vera Ramos, G.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P067>

Anamnesis: Varón de 3 años que acude con sus padres por picadura de garrapata hace 1 mes. Refieren que 7 días tras contacto con un perro de un turista, retiran una garrapata del cuero cabelludo, observando una lesión negruzca residual que persiste 2 semanas, asociando adenopatías ipsilaterales dolorosas de 5 días de duración y cuadro catarral febril a los 21 días, que le dura 72 horas. Su pediatra ante serología positiva para *Borrelia burgdorferi* realizada en laboratorio privado, inicia tratamiento con amoxicilina oral 14 días y deriva a Infectología pediátrica. Los padres envían la garrapata a laboratorio externo, obteniendo resultado de DNA positivo para *Rickettsia* spp. Dada la sintomatología referida, y ante la sospecha clínica de TIBOLA (tick-borne-lymphadenopathy), se inicia azitromicina oral 3 días. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Laboratorio privado: - Hemograma y función hepática: normales. - Serología *B. burgdorferi*: Inicial: IgM e IgG positiva. A los 23 días: IgM positiva e IgG positiva. Western Blot positivo. - Laboratorio CHUC (al mes): serología *B. burgdorferi*: IgM positiva débil; IgG negativa (probable falso positivo). **Conclusiones:** Las picaduras de garrapata constituyen un motivo de consulta poco frecuente en nuestro medio y habitualmente producen una lesión local que no requiere tratamiento. Sin embargo, aunque infrecuente, puede transmitir enfermedades como la fiebre botonosa mediterránea, y el TIBOLA, entre otras. - Ante picadura de garrapata asintomática o con síntomas locales, se debe vigilar al paciente durante 1 mes y, si aparecen síntomas, iniciar antibiótico y extraer pruebas complementarias según sospecha. - En cuanto a *B. burgdorferi*, aunque no todos los pacientes presentan eritema migrans (25 %), ante el antecedente de picadura de garrapata y serología positiva, se debe iniciar tratamiento antibiótico, dadas las posibles complicaciones. - Los métodos serológicos presentan alto riesgo de falsos positivos como en nuestro caso, por lo que mayormente debemos guiarnos de la sospecha clínica para iniciar tratamiento.

P-068

¿VACUNACIÓN AL DÍA?, A VECES HAY QUE IR MÁS ALLÁ

Macías López, N.; Gutiérrez Agujetas, M.; Álvarez Mateos, M.C.; Martínez García, A.; Gallego Cortes, F.J.; Ulecia Cantero, R.; Begines Tirado, M.; Álvarez Fernández, J.; Pavón Jiménez, S.; Alfonso Tena, N. - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P068>

Anamnesis: Paciente de 2 años de edad sin antecedentes de interés con vacunación al día e inmunocompetente, que consulta por exantema pruriginoso en miembro inferior izquierdo de una semana de evolución. Afebril. No dolor, no irritabilidad ni otros síntomas asociados. No ambiente infecto-contagioso conocido.

Exploración clínica: Se observa exantema micropapuloso con base ligeramente eritematosa. Las lesiones son induradas a la palpación. No se observan vesículas, algunas lesiones presentan costra superior. Las lesiones tienden a agruparse en racimo y extenderse siguiendo los dermatomas L3 y L4, con alguna lesión a nivel de glúteo lateral y zona lumbar. Presenta adenopatías en rango no patológico en región inguinal izquierda. Miembro contralateral y resto de exploración dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos:** PCR de frotis de lesión para estudio de virus varicela zóster (VVZ) y virus herpes simple 1 y 2, con resultado positivo para VVZ. **Procedimientos terapéuticos:** En su primera visita en Urgencias se pautó antihistamínico oral para aliviar el prurito, dado que, a pesar de que la primera sospecha clínica, fue compatible con herpes zóster, no cumplía criterios para tratamiento antiviral. Reconsulta un día después por persistencia de prurito intenso y aumento del número de lesiones, pautándose en ese momento aciclovir, con evolución favorable y desaparición paulatina de las lesiones. **Conclusiones:** La vacunación sistemática puede dar lugar a formas clínicas distintas en algunas enfermedades infecciosas clásicas. Tras la vacunación frente a varicela, el VVZ puede quedar acantonado y reactivarse, dando lugar a formas de herpes zóster con semiología distinta a la habitual: las lesiones no siempre son vesiculosas y tienden a presentarse en forma de pápulas, de menor tamaño, menos dolorosas y localizadas, predominantemente en dermatomas lumbosacros y menos frecuentemente en región torácica. Normalmente no suelen consultar dada la clínica más leve y rara vez precisan tratamiento.

P-069

"CONJUNTIVITIS" DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN: PHTHIRIASIS PALPEBRAL

Alonso Ferrero, J.¹; González Díaz, R.²; Urbaneja Rodríguez, E.¹; Castro Rey, M.¹; Salgado Valencia, S.²; Zerpa Vivas, R.Y.²; Salcedo Mora, X.²; Álvarez Melero, R.²; Escobar Fernández, L.¹; Centeno Malfaz, F.¹. - ¹Pediatra en SACYL y Hospital Campo Grande, Valladolid, España; ²Hospital Campo Grande, Valladolid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P069>

Anamnesis: Varón de 7 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, sin alergias conocidas y correctamente vacunado. Nacido y residente en España. Consulta por prurito ocular e hiperemia conjuntival de 15 días de evolución que no respondían al tratamiento habitual. No presentaba secreción ocular ni fotofobia. Antecedente de pediculosis en el cuero cabelludo 4 meses atrás. **Exploración clínica:** Hiperemia conjuntival bilateral, edema de párpado superior leve, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz sin fotofobia. Movimientos oculares normales. Se aprecian cuerpos extraños de coloración marrón en el extremo proximal de las pestañas superiores de ambos ojos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se examinan las pestañas superiores de ambos ojos con lente de aumento, visualizándose múltiples elementos de coloración marronácea, forma de 8, longitud de 1 mm y 3 pares de patas que sugieren *Pediculus humanus capitis*. Se deriva a Oftalmología para ser explorado con lámpara de hendidura. Se intenta la extracción manual con pinzas de los parásitos, siendo muy dolorosa. Se plantea la posibilidad de retirada en quirófano bajo anestesia general. Se trató con un producto específico para blefaritis que contenía vitaminas, aceite de árbol de té, manzanilla y liposomas. La madre del paciente empleó, además, vinagre de manzana, agua y vaselina junto con un cepillo apto para peinar las pestañas durante 2 horas al día durante 10 días, retirándolos de forma manual. No fue necesaria otro tipo de intervención. **Conclusiones:** La blefaritis por pediculosis es una entidad muy rara en nuestro

medio. El diagnóstico de *P. capitis* en las pestañas, conlleva a realizar un diagnóstico diferencial con *Phthirus pubis* y obliga a descartar abuso sexual al menor. El tratamiento es limitado, porque los pediculicidas son tóxicos para la región ocular, precisando extracción manual con pinzas en la mayoría de las ocasiones. Otra buena opción es el óxido amarillo de mercurio en pomada al 1 %.

P-070

AFECTACIÓN LUMBAR, LA OLVIDADA EN LA COJERA DEL LACTANTE

Erroz Ferrer, M.; Izpura Bueno, U.; Sánchez Durán, M.Á.; Mateos Torre, P.; Bello Aranda, P.; Alonso Martín, A.; Herranz Aguirre, M. - Hospital de Navarra, Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P070>

Resumen del caso: Niña de 29 meses con cojera de 13 días de evolución. Valorada anteriormente en 3 ocasiones: la primera es diagnosticada de sinovitis transitoria de cadera, la segunda acude con fiebre (38,1°C), analítica con leucocitosis, neutrofilia, PCR 75 mg/L y PCT negativa, ecografía de caderas sin alteraciones y radiografía de caderas y extremidades inferiores sin hallazgos. Dados los resultados y la ausencia de foco, se inicia amoxicilina. A los 7 días, ya afebril, presenta empeoramiento de la cojera, rechazo de la deambulación, despertares nocturnos por dolor y mejoría algica en decúbito frente a la sedestación. Destaca marcha con espalda rígida y rectificada, con arrastre de pierna derecha e imposibilidad para agacharse. No impresiona de dolor a la palpación de apófisis espinosas, ni de caderas o pelvis; tampoco a la movilización de extremidades salvo a la flexión forzada de ambas caderas. Resto de exploración anodina. Ingresa para estudio, solicitando hemocultivo y PCR virales con resultado negativo y radiografía dorsolumbar, observando estrechamiento intervertebral L5-S1, con borramiento de límites óseos. Dados los resultados y la sospecha de espondilodiscitis se inicia cefazolina. Se realiza RM confirmándose espondilodiscitis L5-S1 sin signos de abscesificación, por lo que se escala antibioterapia a cefotaxima y cloxacilina, permaneciendo ingresada durante 2 semanas con tratamiento antibiótico endovenoso. La evolución clínica fue satisfactoria con resolución total de la cojera, por lo que se da de alta con cefuroxima oral y seguimiento por Traumatología e Infectología pediátrica. **Conclusiones:** La espondilodiscitis es una causa de cojera que requiere una alta sospecha clínica dado el frecuente retraso diagnóstico y el riesgo de secuelas. Es más frecuente en menores de 3 años, siendo el rechazo a la deambulación la clínica más característica, y mayores de 12 años. Ante la sospecha conviene realizar RM, siendo la prueba de imagen de elección.

P-071

COINFECCIONES PARASITARIAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL COMO CAUSA DE FRACASOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DOLOR ABDOMINAL

Echasabal Vila, M.M.¹; Gruber, F.¹; Gil Carrasco, A.²; Raventós Jurado, P.¹; Serra Molist, I.¹; Calaf Moya, G.¹; Pizarro Bonnin, D.¹. - ¹Centre de Salut Can Bou, Castelldefels, España; ²Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P071>

Introducción: La *Dientamoeba fragilis* es un protozoo que causa inflamación intestinal con espectro de clínica variada e inespecífica. Debido a la existencia de portadores asintomáticos y a la baja sensibilidad de algunos métodos diagnósticos, se subestima su prevalencia.

A su vez, el *Enterobius vermicularis* (oxiuros) es otro parásito intestinal que afecta frecuentemente a niños, cuya transmisión, igual que para la *Dientamoeba*, se asocia con el mal saneamiento y los hábitos higiénicos inadecuados. Aunque existe consenso sobre los tratamientos de estas parasitosis, en la práctica clínica ambulatoria se presentan situaciones de fracaso terapéutico que implican un desafío diagnóstico y terapéutico, requiriendo un enfoque integral. **Anamnesis:** Varón caucásico de 10 años, consulta por dolor abdominal de 3 meses de evolución con antecedente de infección por *Enterobius vermicularis* tratada 2 meses atrás. **Exploración clínica:** Anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Examen parasitológico de heces: *Dientamoeba fragilis*. Se prescribe paromomicina oral a 30 mg/kg/día, 7 días, persistiendo sintomatología. Se revalora al paciente, quien refiere mal descanso nocturno con múltiples despertares por prurito perianal. Se repite examen de heces y se aísla nuevamente *Dientamoeba fragilis*. Sospechando recurrencia de oxiuriasis, iniciamos tratamiento combinado con metronidazol durante 10 días y mebendazol 1 dosis, repetida a las 2 semanas, incluyendo el núcleo familiar y reforzando medidas de higiene. Evoluciona favorablemente, desapareciendo la sintomatología. **Conclusión:** Ante paciente sintomático con detección de *D. fragilis* y fracaso terapéutico, amerita evaluar el cuadro clínico con un enfoque multidimensional, recordando la posible asociación entre *D. Fragilis* y *E. Vermicularis*. La coinfección de estos parásitos puede disminuir la efectividad del tratamiento, apoyando la teoría de que el oxiuro puede desempeñar algún rol en la transmisión de *D. fragilis*, vehiculizándola en los huevos o bien a través de una fase quística. En estos casos, es necesario valorar un tratamiento simultáneo para ambas parasitosis.

P-072
ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL LACTANTE, ¿QUÉ IMPLICA?

Izpurua Bueno, U.¹; Erroz Ferrer, M.¹; Mateos Torre, P.¹; Sánchez Durán, M.Á.¹; Mesa Helguera, S.¹; Sola Aparicio, A.¹; Larumbe, B.². - ¹Hospital de Navarra, Pamplona, España; ²Centro de Salud Sarriguren, Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P072>

Resumen del caso: Lactante de 3 meses con fiebre de 39°C de 3 días de evolución, asociando rechazo de las últimas tomas, exantema generalizado, eritema ocular con secreción amarillenta bilateral, algún vómito e irritabilidad. Buen estado general con palidez mucocutánea. Destaca exantema maculopapuloso en tronco y extremidades, respetando palmas y plantas, junto con eritema palpebral bilateral, inyección conjuntival y labios eritematosos. Resto de exploración anodina. Se realiza analítica sanguínea observando leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis y PCR 66 mg/L; estudio de orina con leucocituria, sin bacteriuria y urocultivo negativo. Se realiza PCR de virus respiratorios con resultado negativo y se inicia amoxicilina-clavulánico con desaparición de la fiebre. A los 2 días del ingreso reaparece febrícula junto con fisuración de labios y descamación periungueal. Se valora por Cardiología, observando hiperrefringencia de coronarias, que junto con la clínica observada se diagnostica de enfermedad de Kawasaki incompleta. Se administra tratamiento con gammaglobulinas y AAS (ácido acetil-salicílico) durante 2 días y se completa amoxicilina-clavulánico durante 7 días. Desde la administración de gammaglobulinas permanece afebril y con buen estado general, permaneciendo ingresada durante 8 días y en analítica previa al alta se observa trombocitosis 862.000 y PCR negativa, sin otras alteraciones. Dada la buena evolución, se decide alta a domicilio pendiente de continuar tratamiento antiagregante

hasta nueva valoración por Cardiología infantil. En su evolución posterior se realizó adaptación del calendario vacunal según protocolo, retrasando la administración de vacunas atenuadas hasta 11 meses después de haber recibido las gammaglobulinas. **Conclusiones:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica que afecta a lactantes y niños pequeños. Es menos frecuente en <3 meses y >5 años, pero con mayor riesgo de aneurismas coronarios. En el caso presentado conviene destacar la necesidad de adaptar el calendario de vacunación y no se debe olvidar la recomendación de vacunación antigripal durante el tratamiento con AAS.

P-073
ESCABIOSIS NEONATAL

Sánchez Vélez, M.T.¹; Gutiérrez González, E.P.¹; Polo De Dios, M.²; Aparicio Ríos, P.³; Domínguez Villoria, M.⁴.
¹EAP María Auxiliadora, Béjar, España; ²Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ³GAP Zamora, Benavente, España; ⁴GAP Zamora, Zamora, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P073>

Anamnesis: Paciente de 37 días de vida que acude a consulta por presentar exantema inespecífico de varios días de evolución que según refiere la madre es pruriginoso. Indican que los convivientes de la menor presentan lesiones similares con prurito generalizado. No se objetiva en ese momento lesiones características ni surco acarino en la madre. Reconsultan a los 4 días por irritabilidad nocturna y empeoramiento de lesiones. **Exploración física:** Lactante irritable con lesiones papulosas y vesiculopapulosas en manos, pies y tronco, con signos de rascado/fricción. Madre con lesiones papulosas con surco acarino en manos y mama izquierda, nódulos escabióticos en pies. **Procedimientos terapéuticos:** Ante el cuadro clínico y ambiente epidémico, decidimos iniciar tratamiento con permetrina 5 %, tanto al recién nacido como a convivientes, repitiendo aplicación a los 7 días ante la persistencia de algunas lesiones tipo prurigo escabiótico en nuestra paciente. Sin embargo, la madre refiere no haber aplicado la segunda vez, porque le parece que mejora con uso de crema emoliente. Se insiste en medidas de higiene. Al mes consultan de nuevo por reaparición de lesiones de similares características en manos, pies y cuero cabelludo acompañadas de prurito e irritabilidad de predominio nocturno, así como lesiones en madre y resto convivientes; indicándose de nuevo permetrina 5 % y medidas de higiene en domicilio. Esta situación se repitió 3 meses después siendo valorada por Servicio de Dermatología que indicó nuevo ciclo de tratamiento. **Conclusiones:** La escabiosis neonatal es una infestación cutánea que se transmite habitualmente desde los cuidadores del recién nacido a este por contacto estrecho. Dada esta relación, resulta especialmente importante a esta edad asegurar un adecuado tratamiento médico del paciente y todos sus convivientes; así como unas adecuadas medidas de higiene en el domicilio (ropa de cama, pijamas, ropa interior...) de forma simultánea a la aplicación de cremas.

P-074
ESPECTRO DE PRESENTACIÓN DE STREPTOCOCCUS PYOGENES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Tabla I)

Santos Gómez, L.¹; Simón Bernaldo De Quirós, C.¹; Moya Dionisio, V.²; Rodríguez Ortiz, M.¹; Mesa Lombardero, E.¹; Álvarez Merino, M.¹; Salcedo Fresneda, O.¹; Rodríguez Ovalle, S.¹; Alonso Alonso, A.¹; Segura Ramírez, D.K.².
¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España; ²Centro de Salud Naranco, Oviedo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P074>

Tabla I			
Anamnesis	Caso 1: Escarlatina de repetición	Caso 2: Faringoamigdalitis estreptocócicas	Caso 3: Faringoamigdalitis agudas (fiebre periódica)
Antecedentes personales	Dermatitis atópica	–	Reflujo gastroesofágico; retraso en desarrollo del lenguaje
Clínica	1, 2→ Exantema, tos, rinorrea y fiebre 3→ Exantema 4→ Fiebre	1→ Fiebre y odinofagia 2, 3→ Fiebre, vómitos, odinofagia y dolor abdominal 4→ Fiebre, vómitos y odinofagia	1, 2, 3, 5→ Fiebre 4, 7→ Fiebre e hiporexia 6→ Fiebre y odinofagia
Ambiente epidémico	No	No	No
Número episodios	4	4	7
Exploración física	1, 2→ Exantema escarlatiniforme. Hiperemia orofaríngea 3→ Exantema escarlatiniforme 4→ Fiebre, xerodermia e hiperemia orofaríngea	1, 3, 4→ Hiperemia e hipertrofia amigdal y adenopatía 2→ Abdomen doloroso sin signos de irritación peritoneal. Hiperemia e hipertrofia amigdal	1, 2→ Hiperemia orofaríngea 3, 4→ Hiperemia e hipertrofia amigdal, exudados y adenopatías cervicales bilaterales 5, 6, 7→ Hiperemia e hipertrofia amigdal con exudados
Procedimientos diagnósticos	1→ Test de diagnóstico rápido de estreptococo (TDR) positivo; cultivo negativo; exudado faríngeo virus: adenovirus 2→ TDR y cultivo positivo; exudado virus negativo 3→ TDR positivo 4→ TDR positivo; cultivo positivo; exudado virus negativo	1, 2, 3, 4→ TDR positivo	1, 2→ Exudado virus negativo 3→ Exudado virus negativo, TDR negativo, serología mononucleosis negativa 4, 5, 6→ Exudado virus negativo, test estreptococo negativo 7→ No realizados Otros: dos analíticas normales (una sintomático, otra asintomático)
Estudio de portadores	Positivo	Negativo	No realizado
Tratamientos	1 y 2→ Penicilina oral 3→ Amoxicilina 4→ Amoxicilina-clavulánico	1, 3→ Amoxicilina 2→ Penicilina oral 4→ Amoxicilina-clavulánico	Sintomático

Conclusiones: Se ha observado un aumento llamativo de infecciones por *Streptococcus pyogenes*, así como recurrencia de las mismas, no siempre indicando gravedad. Ante sospecha se debe realizar test microbiológico. El tratamiento de elección continúa siendo penicilina. En casos recurrentes de faringoamigdalitis con pruebas persistentemente negativas y periodicidad, debemos establecer diagnóstico diferencial con síndrome PFAPA.

P-075

FARINGITIS DE MALA EVOLUCIÓN, MÁS ALLÁ DE LAS COMPLICACIONES CLÁSICAS

Bernabéu Sendra, J.; Valls Arévalo, Á.; Marco Carmona, M.; Tortosa Bautista, A.; Pérez Sanz, M.T.; Badenes Mecho, A.; López Pavía, C.; Millán García, L.; González Álvarez, L.; Pérez Suárez, R. - Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P075>

Anamnesis: Adolescente varón de 14 años que consulta a su pediatra por odinofagia de 1 semana de evolución, con posterior aparición de fiebre y malestar general. **Exploración clínica:** En la exploración destaca la hipertrofia amigdal izquierda y presencia de exudado sin trismus. A nivel cervical presenta aumento de volu-

men laterocervical izquierdo, indurado y doloroso a la palpación, caliente y con limitación para la movilidad cervical. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza test rápido de detección de streptococo, con resultado positivo. Ante la sospecha de complicación del proceso faringoamigdal es remitido a Urgencias del hospital de referencia. En Urgencias se realiza análisis sanguíneo en el que destaca una PCR de 240 mg/L, así como leucocitosis a expensas de neutrófilos. Se extrae serología para virus de Epstein-Barr que revela infección pasada. Se recoge exudado amigdal para cultivo. Finalmente se realiza tomografía computarizada (TC) cervical, en la que se visualiza una imagen compatible con tromboflebitis de vena yugular interna izquierda en contexto de marcados cambios inflamatorios orofaríngeos con extensión a espacio retrofaríngeo, sugestivo de síndrome de Lemierre. Ingres y se inicia antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico y clindamicina, corticoterapia y anticoagulación. Presenta una evolución favorable, con mejoría analítica y radiológica. En el cultivo amigdal crece *Streptococcus parasanguinis* sensible a la antibioterapia iniciada. Ante la evolución favorable se decide alta tras una semana de antibioterapia intravenosa, continuando posteriormente con amoxicilina-clavulánico oral y control ambulatorio. **Conclusiones:** El síndrome de Lemierre consiste en la tromboflebitis de la vena yugular interna con embolización séptica, normalmente secundaria a una infección orofaríngea. Es una entidad

infrecuente que suele ocurrir en adolescentes y jóvenes. Para su diagnóstico es necesario un alto grado de sospecha, especialmente en infecciones orofaríngeas de mala evolución (fiebre persistente o anomalías cervicales). El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa, considerando además la necesidad de anticoagulación y drenaje.

P-076

FIEBRE PROLONGADA Y PANCITOPENIA: HAY QUE PENSAR EN TODO

Miguel Heredero, A.; Marín Viñuales, A.; Domínguez Cháfer, M.; Figueroa Herrera, M.P.; Vera Ramos, G.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P076>

Introducción: La fiebre prolongada puede ser de etiología infecciosa (las más frecuentes, tracto respiratorio y síndrome mononucleósico) o no infecciosa (inflamatoria, neoplásica...). Es importante realizar anamnesis detallada, y pensar en etiologías infecciosas menos frecuentes, como son leishmaniasis, malaria, bartonelosis o *Brucella*, monitorizando evolución, y pruebas complementarias según la misma. **Resumen del caso:** Lactante mujer de 11 meses, sin antecedentes de interés, quien refiere cuadro febril de 17 días (T^a máx. $40,6^{\circ}\text{C}$), decaimiento y disminución de ingestas. Viajó hace un mes a Madrid, de visita familiar (entorno de huerta) con picadura de mosquito en región malar, ya sin lesión externa visible. No ambiente infeccioso familiar. **Exploración física:** Buen estado general, algo decaída con palidez cutánea. Abdomen con esplenomegalia e hígado palpable bajo reborde costal. Resto anodino. **Pruebas complementarias:** - Analítica: Hb 7,1 g/dl, leucocitos $4.370/\text{mm}^3$ (N 600), plaquetas $41.000/\text{mm}^3$ (confirmado con frotis; linfocitos normales). PCR máx. 23,3 mg/dl, ferritina 4.347 ng/ml, LDH 1.446 UI/l. - Hemocultivo negativo. - Serologías: leishmania positivo Ac índice 2.13; resto negativo. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia leve-moderada. Se realiza aspirado de médula ósea (AMO), confirmando infiltración por leishmania y PCR positiva. Ante neutropenia febril y leishmaniasis visceral, mantiene tratamiento con cefepime y anfotericina B IV 6 días. Precisa una trasfusión de hemáties. Tras tratamiento, analítica con descenso de reactantes de fase aguda (PCR 1,7 mg/dl, ferritina 800 ng/ml), anemia y trombopenia resueltas, con mejoría de hepatoesplenomegalia. Tras su alta, completó dos dosis pendientes de anfotericina B. **Conclusiones:** Ante cuadro de fiebre prolongada, pancitopenia y hepatoesplenomegalia, debemos pensar en leishmaniasis visceral, causada por *Leishmania infantum*, cuya prevalencia ha aumentado a nivel mundial. Otras formas de leishmaniasis son: cutánea (la más frecuente) y mucocutánea. La forma visceral puede ser causa frecuente de síndrome hemofagocítico secundario, no visualizando en nuestro caso hemofagocitosis en AMO. El tratamiento de elección es anfotericina B liposomal.

P-077

FIEBRE Y ODINOFAGIA, ¿HAY ALGO MÁS ALLÁ DE LA FARINGOAMIGDALITIS?

Pellicer Viudes, C.; Pareja León, M.; Roda Martínez, N.; Tercero Baidez, P.; Dabad Moreno, M.J.
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P077>

Anamnesis: Niña de 3 años sin antecedentes de interés, con fiebre de 12 horas de evolución y odinofagia. Asociaba sialorrea

y clínica catarral. **Exploración clínica:** Tortícolis con rigidez del cuello, conglomerado adenopático laterocervical derecho doloroso y abombamiento de la pared posterior de la faringe. Resto sin interés. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea: leucocitos 24.320 mcl (neutrófilos 21.790), PCR 133 mg/dl y PCT 0,47 ng/ml. Test de diagnóstico rápido de *pyogenes* y hemocultivos negativos. Se solicita TC de cuello objetivando absceso de $20 \times 0,7 \times 4,4$ cm derecho que se extiende a nivel retrofaríngeo con extensión caudal y compromiso de la vía aérea, además de múltiples adenopatías laterocervicales derechas. Se decide drenaje quirúrgico urgente y tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico (100 mg/kg/día) y metilprednisolona (2 mg/kg/día). Tras 48 horas, empeoramiento clínico, persistiendo la febrícula y analítico con aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza TC objetivando aumento del absceso, decidiendo nuevo drenaje. El cultivo microbiológico fue negativo, sin poder identificar el patógeno causante. Posteriormente, buena evolución, continuando antibioterapia intravenosa durante 10 días y completando 15 días de forma ambulatoria. **Conclusiones:** Los abscesos del espacio parafaríngeo y retrofaríngeo son complicaciones infrecuentes, pero potencialmente graves de las infecciones de vías respiratorias superiores. La presentación clínica más frecuente en Pediatría es la fiebre y odinofagia, síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. Por ello, es esencial una correcta anamnesis y exploración física, ya que de no ser correctamente diagnosticado y tratado, esta patología puede evolucionar con complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente. Respecto al tratamiento no existe un claro consenso de cuándo realizar un tratamiento conservador frente al quirúrgico, optando en las últimas guías por cirugía en abscesos mayores de 2 cm, compromiso respiratorio o mala evolución. El tipo de cirugía más empleada es el drenaje quirúrgico, aunque en ocasiones es necesaria la amigdalectomía y/o cervicotomía.

P-078

FIEBRE, ENANTEMA, EXANTEMA, ADENOPATÍA, CONJUNTIVITIS NO SUPURATIVA, ¿CLARAMENTE ES KAWASAKI?

Hernández Fuentes, F.¹; Navarro Esteban, M.T.². - ¹Centro de Salud Las Torres de Cotillas, Las Torres de Cotillas, España; ²Centro de Salud Aljucer, Aljucer, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P078>

Introducción: El *Streptococcus pyogenes* es causante de faringoamigdalitis y a través de su toxina de escarlatina. Generalmente estamos acostumbrados a un diagnóstico y tratamiento precoz y a una afectación leve de la misma. **Caso:** Presentamos el caso de una niña de 6 años que consulta por exantema y fiebre de 3 días de evolución. En días previos presentó dolor abdominal periumbilical cólico y cefalea. Mínima odinofagia, aunque ha preservado buena ingesta. En días previos consultó en Urgencias con diagnóstico de exantema viral inespecífico. A la exploración presenta buen estado general con hiperemia faríngea, úvula engrosada y centrada y adenopatía laterocervical derecha. Exantema de predominio en axilas e ingles con líneas de pastia. Resto de la exploración anodina. Se inicia tratamiento con amoxicilina. Reconsulta al día siguiente por progresión del exantema. Último pico febril esta madrugada. Asocia hiperemia conjuntival no supurativa y lengua en fresa junto con descamación de pulpejos. Al presentar 4 días de fiebre y 4 criterios de enfermedad de Kawasaki se deriva a Urgencias para realización de pruebas complementarias con analítica sin anemia, leucocitos ni trombocitosis, transaminasas y albúmina negativos y reactantes de fase aguda negativos, no cumpliendo criterios analíticos, por

lo que se decide observación. Además urocultivo, hemocultivo y serologías para CMV, VEB, parvovirus y VH6 negativos. Durante su seguimiento quedó afebril al 5º día con cese progresivo de la clínica persistiendo y progresando la descamación al resto de pulpejos. **Discusión:** La escarlatina es una infección causada por *S. pyogenes* y que puede asociar afectación llamativa, simulando en algunos casos la enfermedad de Kawasaki, pues puede asociar lengua en fresa, exantema, adenopatía y descamación de pulpejos. Es interesante reseñar, por lo tanto, que existen otras patologías que pueden simular la enfermedad de Kawasaki, tales como la escarlatina y en las que debemos pensar.

P-079

¿FORÚNCULO O MIASIS? TENER LA MOSCA DETRÁS DE LA OREJA

Morales Albert, C.¹; Sánchez Bueno, I.²; Armangué, M.¹; Pastor, C.².
¹CAP Girona 2, Girona, España; ²CAP Girona 1, Girona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P079>

Anamnesis: Primera visita a nuestro centro de niño recién llegado hace 10 días de zona rural de Honduras. Refiere molestias en piel escrotal izquierda desde hace 5 días. En su país le extrajeron 3 “gusanos rojos” del cuero cabelludo hace 2 semanas. **Exploración clínica:** Buen estado general. Hiperactivo. Múltiples manchas cutáneas café con leche. Policarías. Polidactilia en pie derecho. Tres lesiones residuales en cuero cabelludo compatibles con miasis previas. Lesión eritematosa en escroto izquierdo de aspecto forunculoide, dolorosa a la palpación con pequeño orificio central que drena material seroso de manera intermitente. El niño refiere que nota que algo “le muerde” dentro de la lesión. Testes en bolsas escrotales. Resto de exploración física por aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se deriva a hospital de referencia donde se practica ecografía escrotal. Con la sospecha de miasis foruncular se bloquea orificio de la lesión con vaselina, lo que provoca aparición de una punta del gusano. Dada la dificultad para su extracción se intenta ampliar orificio de salida. Al aplicar anestesia local el gusano emerge y se extrae con pinzas larva de la mosca *Dermatobia hominis*. Se pauta 5 días de amoxicilina-clavulánico postextracción con resolución completa de la lesión escrotal. **Conclusiones:** El niño inmigrante supone un reto en el diagnóstico de enfermedades no habituales en Europa como la miasis foruncular por larvas de *Dermatobia hominis*. La anamnesis es importante para su diagnóstico diferencial: debe basarse en el antecedente de vivir o haber visitado un sitio tropical o subtropical 5 o 10 semanas antes de la visita médica. El tratamiento es sencillo y eficaz: consiste en bloquear el orificio de la lesión (con vaselina, esmalte de uñas o incluso tocino), lo que interfiere la respiración del parásito, que sale o se acerca a la superficie facilitando su extracción.

P-080

HEMATURIA AISLADA EN PACIENTE INMIGRANTE

Robles García, M.; Martínez Marín, L.; Cuesta Armero, I.; García Vizcaíno, L.; Gómez Rodríguez, I.I. - Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P080>

Escolar de 9 años natural de Malí (residente en España los últimos 7 meses), que consulta por hematuria al final de la micción sin otra sintomatología. La exploración física por órganos y aparatos es anodina. Se realizan pruebas complementarias desde Atención Primaria con analítica sanguínea, donde destaca una eosinofilia

de $1.310 \cdot 10^3/nL$, bioquímica normal, serologías (hepatitis A y C negativas, hepatitis B anticuerpos, Epstein-Barr negativo y citomegalovirus IgG positivo), mantoux (7 mm, vacunado) y parásitos en heces negativos. En el sistemático de orina destaca hematuria con sangre +++, sedimento con piuria, 5-10 hematías/campo, proteínas/creatinina 1.375,1 mg/g. Ante paciente con hematuria franca al final de la micción junto con proteinuria, procedente de zona de riesgo para parasitosis y con antecedente de baños en ríos, se solicita parásitos en orina hallándose *Schistosoma haematobium*, por lo que se solicita ecografía abdominal y se completa protocolo de niño inmigrante incluyendo serologías de VIH, lúes, estrongiloides y esquistosoma, así como electroforesis de hemoglobina. Iniciamos tratamiento con praziquantel 40 mg/kg en 1 sola toma oral. La esquistomiasis es la parasitosis con mayor morbimortalidad mundial tras la malaria. Es recomendado su cribado mediante serología en cualquier persona inmigrante con menos de 5 años en España. En cuanto a zonas endémicas, destaca por excelencia África subsahariana. Los casos de *S. haematobium* debutan con hematuria, seguido de anemia, malnutrición, estancamiento ponderal, piuria y polaquiuria. En fases avanzadas da lugar a inflamación crónica y calcificaciones de vejiga y uréteres, lo que provoca hidronefrosis, estenosis, deterioro de función renal y predisposición a infecciones. Es fundamental el cribado de orina dentro del protocolo del niño inmigrante, puesto que la hematuria macroscópica al final de la micción puede hacerlos pensar en algunas parasitosis cuyo tratamiento precoz puede prevenir complicaciones graves, sobre todo en pacientes procedentes de zonas endémicas.

P-081

HERPES ZÓSTER EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Silva Caparrós, N.; López Lozano, M.J.; De La Fuente Sánchez, L.; Montes Araujo, P.D.C.; Domínguez González, L.M.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P081>

Paciente de 11 años, inmunocompetente, correctamente vacunada incluida vacuna varicela-zóster, que consulta por aparición desde hace 48 horas de exantema versículo-eritematoso en región pectoral derecha, inicialmente presentaba una pústula, pero ha evolucionado a vesícula y costra y se ha extendido por la región pectoral anterior izquierda hasta escapula izquierda. Asocia dolor y prurito en la región y un único pico febril de hasta 38,5°C hace 5 horas. A la exploración se aprecia lesión versículo-costrosa sobre base eritematosa de gran extensión en región pectoral anterior siguiendo con distribución metamérica en T1-T3 hasta escapular izquierdo, sin sobrepasar la línea media. No impresiona signos de sobreinfección. Resto de exploración sin hallazgos patológicos, no presenta clínica neurológica, ni respiratoria. Dada la extensión y el pico febril se decide derivación a hospital de referencia, donde tras primera evaluación inician aciclovir oral a 80 mg/kg/día durante 7 días y mupirocina tópica en lesiones con vigilancia domiciliaria de signos y síntomas de alarma. En un control posterior a las 48 horas, muestra una buena evolución sin nuevas lesiones y con resolución progresiva de las mismas. A pesar de la vacunación y la baja incidencia de esta infección en Pediatría, el herpes zóster debe formar parte del diagnóstico diferencial ante lesiones vesiculosas en pacientes de edad pediátrica. En principio, el tratamiento es sintomático, pero se puede valorar iniciar tratamiento antirretroviral oral en caso de amplia extensión, afectación del estado general o factor de riesgo como inmunodepresión.

P-082
LEISHMANIASIS VISCERAL CON SÍNDROME
HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO

González De Val, C.; Tomás Quesada, Á.; Macías García, M.;
 Buzón Pérez, M.G.; Abreu Fernández, C.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P082>

Introducción: La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad parasitaria endémica de la cuenca mediterránea. La población pediátrica y las personas inmunocomprometidas tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad. El período de incubación prolongado y las manifestaciones clínicas inespecíficas de la LV plantean desafíos para su diagnóstico y un aumento de la morbimortalidad. **Caso clínico:** Lactante de 9 meses, sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por fiebre de 10 días de evolución. Al inicio del cuadro, presenta fiebre de pico máximo 38°C con sintomatología catarral acompañante. Hace 4 días empeoramiento del estado general, con fiebre persistente que asciende hasta 41°C. A su llegada, exploración física normal sin alteraciones. En Rx de tórax se visualiza condensación retrocardíaca izquierda, sin derrame. Se decide inicio de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico oral en domicilio. Reconsultan a los 5 días por persistencia de la fiebre. En analítica destaca elevación de enzimas hepáticas, trombopenia y reactantes de fase aguda elevados. Se realiza ecografía abdominal visualizando ligera esplenomegalia con múltiples lesiones hipoeocogénicas dispersas por todo el parénquima hepático. Se decide ingreso en planta, para tratamiento antibiótico intravenoso, solicitando previamente serologías de virus, bacterias y parásitos. Tras resultado de pruebas complementarias compatible con leishmaniasis visceral se sustituye antibiótico por anfotericina B liposomal recibiendo un total de 9 dosis. Durante el ingreso desarrolla síndrome hemofagocítico secundario con citopenias de las tres series y requerimiento de transfusión de hematies. Se añade al tratamiento corticoterapia intravenosa. Posteriormente, corticoterapia oral en domicilio, con buena respuesta. **Conclusión:** La detección ecográfica de nódulos hepáticos en pacientes con características clínicas y analíticas sugestivas de LV, como fiebre, esplenomegalia y citopenia, es de gran utilidad, aunque siempre se requieren pruebas microbiológicas para confirmar el diagnóstico. La anfotericina B liposomal en pauta corta se ha mostrado segura y eficaz en el tratamiento de la leishmaniasis visceral.

P-083
PALUDISMO: LA IMPORTANCIA DE UN BUEN
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Martínez Prieto, F.; Zubimendi Pérez, R.M.; López Vilches, M.J.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P083>

Anamnesis: Paciente de 11 años que ingresa por fiebre de 7 días de evolución (pico máximo 40°C), asocia tos, vómito esporádico, cefaleas y dolor abdominal intermitentes. Antecedente de viaje a Colombia (área malárica) hace 3 meses recibiendo profilaxis con atovaquona-proguanil correctamente antes y tras 1 semana del viaje. 48 horas antes en Urgencias: exploración con palidez cutánea, resto normal. Test de antígeno rápido de SARS-CoV-2 y gripe negativos y Rx de tórax con infiltrados peribronquiales y en bases. Indican azitromicina oral. Reconsultan por persistencia de fiebre. Se extrae analítica: anemia microcítica de 7,6 g/dl con 68.000 plaquetas y leucocitos 2.690 (N 1800 y L 470). Bioquímica renal y hepática

normal. Proteína C reactiva 15,5 mg/L (frotis de SP: se confirma trombocitopenia, no se observan blastos, anisocitosis, no presenta esquistocitos). TRO negativa. Se solicita por anemia-plaquetopenia y antecedente de viaje: 1. PCR de *Plasmodium* spp: positivo. 2. Gota gruesa trofozoitos y gametocitos. *Plasmodium vivax*. No *falciparum*. Índice de parasitemia: 0,31 %. **Evolución:** Presenta anemización progresiva que precisa transfusión de concentrado de hematies. Ante anemia grave e intolerancia oral se inicia tratamiento intravenoso con artesunato con descenso de parasitemia en 3 días. Afebril a las 24 horas y mejora tolerancia oral. Se completa tratamiento combinado oral con Eurartesim oral. Alta con seguimiento en consultas donde, tras descartar déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, se inicia tratamiento erradicador con primaquina 14 días. **Discusión:** - La correcta profilaxis antipalúdica no descarta nunca la posibilidad de padecer malaria en un paciente con fiebre y antecedente de viaje. - El periodo de incubación varía en función del *Plasmodium*, siendo hasta posible padecer malaria por *P. vivax* hasta 1 año postviaje. - El tratamiento erradicador es fundamentalmente en casos de *Plasmodium vivax* y *ovale* para evitar las recidivas.

P-084
PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA TUMORACIÓN DE PARTES
BLANDAS CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS EN PEDIATRÍA

Romero Rondán, P.; Berciano Jiménez, N.; Vargas Pérez, M.;
 Alberdi Brea, I.; García Matamoros, L.; González Fernández, I.
 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P084>

Introducción: La aparición de tumoraciones de partes blandas es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Se debe realizar diagnóstico diferencial con procesos tumorales, traumáticos o malformativos sin olvidar otros posibles desencadenantes como la patología infecciosa. Típicamente, la infección por *Bartonella henselae* cursa con la aparición de fiebre y adenopatías. Sin embargo, debemos incluirla en el enfoque diagnóstico ante la presencia de una tumoración en el niño. **Caso clínico:** Paciente de 7 años que consulta por tumoración dolorosa de consistencia dura de 2 centímetros en región proximal de brazo izquierdo, no eritematosa, de 72 horas de evolución junto a cicatrices causadas por un gato callejero y sin fiebre asociada. Ante tumoración con características atípicas, se decide derivación hospitalaria para valoración ecográfica. La ecografía de partes blandas informa de adenopatías axilares y supraclaviculares sospechosas de malignidad. Se solicitan analíticas y serología de primer nivel para estudio de adenopatías atípicas. Realiza tratamiento con AINés y amoxicilina-clavulánico sin mejoría, añadiéndose tras ello azitromicina. En la resonancia magnética indican, como principal diagnóstico, un proceso neoplásico-tumoral de tejido nervioso, por lo que se comenta el caso con el comité de tumores y se consensua realizar biopsia, en la que resulta positiva la PCR para *Bartonella henselae*, que, junto con la seroconversión de anticuerpos IgG concluye el diagnóstico. Tras la supuración espontánea de la lesión y repetir ciclo de 5 días con azitromicina presenta mejoría con resolución a los 2 meses. **Conclusiones:** *Bartonella henselae* es un bacilo gram negativo intracelular descrito como agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato. El tratamiento antibiótico es controvertido. Las pruebas serológicas y la PCR son las técnicas diagnósticas más utilizadas, sin requerir rutinariamente una biopsia de tejido. Es imprescindible incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de una tumoración en un paciente con contacto con gatos.

P-085

SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS COMO PATOLOGÍA POST COVID-19

Montero Placeres, A.; Ríos Crooke, C.; Urbano Ruiz, C.; Madruga Zaera, Á.; Hernández Hínchete, S.; López Ávila, F.J.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P085>

Anamnesis: Escolar de 5 años que acude a Urgencias por alteraciones visuales con macropsias-micropsias de 48-72 horas de evolución, acompañadas de cefalea opresiva en región occipital. No otras alteraciones neurológicas asociadas. Refería dos vómitos de contenido alimentario, afebril y abundante mucosidad nasal con tos productiva. No ingesta de fármacos ni de sustancias tóxicas. Diagnosticada de infección por COVID-19 hacía 7 días. AP: no enfermedades de interés. En tratamiento de mantenimiento con montelukast hasta hace 5 meses. **Exploración física:** Exploración física sistemática normal y neurológica sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se decide realizar prueba de imagen con tomografía computarizada craneal para descartar patología orgánica. En la prueba de imagen no se observan alteraciones intracraneales agudas que justifiquen la clínica. Además, se solicita interconsulta con Servicio de Oftalmología que descarta alteraciones que justifiquen la clínica. **Conclusiones:** El síndrome de Alicia en el país de las maravillas fue descrito por primera vez en los años 50, y se ha visto asociado a diferentes infecciones por virus como el Epstein-Barr. Desde 2019 con la aparición del COVID-19 se han reportado casos post-infección, por lo que, teniendo en cuenta su antecedente infeccioso de COVID-19 y sin otra causa aparente, finalmente se concluyó que se trataba de una patología secundaria a la infección aguda por SARS-CoV-2. La clínica remitió completamente a la semana.

P-087

SÍNTOMAS CARDÍACOS POR COVID-19

Montero Placeres, A.; Ríos Crooke, C.; Urbano Ruíz, C.; Madruga Zaera, Á.; Escalona Gil, A.M.; López Ávila, F.J.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P087>

Anamnesis: Escolar de 12 años que acude a Urgencias por episodios de dolor torácico de tipo opresivo y palpitaciones. Esa misma mañana había acudido a su pediatra, quien realizó un electrocardiograma (ECG) con hallazgos compatibles con normalidad. Acuden para nueva valoración por persistencia de la clínica, febrícula de 37,6°C y odinofagia de 3 horas de evolución. Refería palpitaciones y dolor precordial sin cortejo vegetativo asociado. Antecedentes personales sin interés. **Exploración física:** Exploración física sistemática sin hallazgos de interés. Auscultación cardiaca rítmica sin ruidos sobreañadidos. No dolor a la palpación precordial. Debido a la persistencia de la clínica y tras valoración inicial se decide solicitar pruebas complementarias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita analítica sanguínea con perfil cardiaco, incluyendo troponinas cardíacas de alta sensibilidad, con resultados normales. Se realiza interconsulta con Cardiología Infantil que determina que se tratan de palpitaciones autolimitadas de inicio y fin bruscos, sin llegar a ser registradas en los ECG realizados durante su estancia en Urgencias. Dada la febrícula que presentaba el paciente, se decide realizar prueba rápida de SARS-CoV-2 con resultado positivo. **Conclusiones:** El dolor torácico y las alteraciones del ritmo cardíaco con palpitaciones asociadas a la infección por COVID-19, tanto en la edad pediátrica como en adultos, han sido una de las complicaciones más

referidas en la literatura médica durante la pandemia. Esta patología post COVID-19 presenta evolución autolimitada y generalmente resolución completa a las pocas semanas del proceso infeccioso. Por tanto, no debemos olvidar considerar cada uno de los antecedentes del paciente, más aún en relación con un virus como el SARS-CoV-2 con tantas características desconocidas hasta el día de hoy.

P-088

TIBOLA: UNA ENFERMEDAD EN LA QUE PENSAR ANTE PICADURA DE GARRAPATA

Barbadillo Mariscal, B.; Gonzalo San Esteban, A.; Oquillas Ceballos, Á.; Melgosa Peña, M.; Ruiz Araus, A.; Tejero Pastor, L.; Hernández Frutos, E.; Cubillo Serna, I.
Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P088>

Anamnesis: Niña de 6 años que consulta por febrícula, abdominalgia y cervicalgia. Como antecedente de interés, extracción de garrapata del cuero cabelludo 3 días antes en Urgencias (pendiente de resultado microbiológico). No sabe precisar el momento de la picadura. Niega exantemas y artralgias. **Exploración física:** Se observa pápula negra subcentimétrica en región parietal izquierda, con eritema e inflamación de la zona. Asocia linfadenitis occipital ipsilateral de 1 centímetro y dolor a la movilización cervical. No hepatoesplenomegalia, exantemas ni signos de artritis. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea completa sin hallazgos patológicos y, ante la posibilidad de zoonosis, se inicia tratamiento antibiótico profiláctico con amoxicilina-clavulánico 60 mg/kg/día, a la espera del resultado microbiológico. Tras completar 7 días de tratamiento, refiere empeoramiento de la lesión en cuero cabelludo, evidenciándose costra necrótica con abundante contenido purulento. Mejoría del resto de síntomas. Ante cuadro clínico compatible con TIBOLA, se pauta antibioterapia con azitromicina 12 mg/kg/día 3 días. A la semana de tratamiento, mejoría de la lesión, sin signos de inflamación ni supuración. Cuatro días después se informa de resultado positivo para *Rickettsia*. **Conclusiones:** Si bien otras zoonosis transmitidas por garrapata, como la enfermedad de Lyme o la fiebre botonosa son más frecuentes que la TIBOLA, no se debe olvidar esta enfermedad. La ausencia de exantema y artralgias es característica de esta entidad, en contraste con la sintomatología de las otras zoonosis mencionadas. Su signo clínico más importante es la escara necrótica en el lugar de inoculación, presente en cuero cabelludo en el 90 % de los casos. Pese al tratamiento adecuado con doxiciclina o azitromicina, la lesión puede persistir hasta dos meses. Además de la afectación cutánea, es característica la linfadenopatía regional dolorosa. Sin embargo la fiebre, presente en nuestro paciente, aparece únicamente en el 25 % de los casos.

P-089

UN EXANTEMA NO TAN FRECUENTE

Roldán Montero, A.I.¹; Sánchez De Mora Parody, T.²
¹CS San Bartolomé, San Bartolomé de Lanzarote, España; ²CS Palomarejos, Toledo, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P089>

Anamnesis: Lactante de 10 meses de edad que acude a la consulta de Atención Primaria por febrícula y rash cutáneo maculopapular en tronco, cara y extremidades superiores de tres días de evolución, un vómito de contenido alimentario y una deposición diarreica. No otra sintomatología asociada. **Exploración:** TEP estable, buen estado general, eupneica. Rash maculopapular en tronco, cara y extremidades superiores que no respeta pliegues y desaparece a la dedo-extensión.

Resto de exploración por aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia tratamiento sintomático. Al séptimo día de fiebre reconsultan al Servicio de Urgencias por presentar regular estado general y rechazo de la alimentación, por lo que se solicita analítica, radiografía de tórax y PCR de virus respiratorios. En analítica se evidencia anemia normocítica y normocrómica, linfopenia sin leucocitosis. Rx de tórax: afectación pulmonar intersticial de predominio parahiliar bilateral e infiltrados subsegmentarios en vidrio deslustrado en probable relación con infección respiratoria de etiología vírica. PCR virus respiratorios: + COVID-19. Se da de alta a domicilio con diagnóstico: infección respiratoria por COVID-19 y sospecha de sobreinfección bacteriana, pautándose amoxicilina a 80 mg/kg/día. Tres días más tarde de ser dada de alta, por persistencia de fiebre y empeoramiento progresivo del estado general, los padres reconsultan nuevamente a Urgencias, realizándose sedimento positivo para ITU y solicitándose urocultivo con resultado *E. coli* multirresistente que requirió tratamiento con cefixima en domicilio según antibiograma. **Conclusiones:** Los exantemas son unos de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y, en ocasiones, plantean un reto diagnóstico. Este caso pone de manifiesto que los exantemas y las anomalías en el hemograma pueden ser la antesala de una infección de COVID-19 en la edad pediátrica.

P-090

UTILIDAD DE TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTIGÉNICOS Y MARCADORES BIOLÓGICOS EN SANGRE CAPILAR EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Amado Puentes, A.¹; Pereiro Fernández, S.¹; Escolar, J.M.²; Pérez Losada, A.J.². - ¹Amado Clínica Pediátrica. Grupo TECDIAP, Pontevedra, España; ²Amado Clínica Pediátrica, Pontevedra, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P090>

Introducción y objetivos: La demanda de consultas pediátricas por procesos infecciosos ha aumentado especialmente tras la pandemia de la COVID-19. Puede ser difícil diferenciar entre procesos víricos e infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPG). Existen test de diagnóstico rápido (TDRs) para muestras respiratorias y heces, así como determinaciones a pie de paciente de procalcitonina (PCT) o proteína C reactiva (PCR) que ayudan a disminuir esta incertidumbre. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les aplicó un algoritmo diagnóstico que integra los mencionados TDRs entre el 1 septiembre 2022 y el 1 marzo 2023. Criterios de exclusión: tratamiento antibiótico o vacunación 48 horas previas, inmunodeficiencias o patología crónica. Variables: edad, sexo, número de pruebas realizadas, porcentaje positivos, cambio en la actitud médica, necesidad de reconsultas. **Resultados:** Media de edad 3,2 años, 58 % varones. 390 test en total (PCR 66, PCT 16, respiratorio 288, heces 20). La mayor rentabilidad se encontró con la PCR (48,5 %); PCT 37,5 %; respiratorios 19,3 %, influenza A 10,5 %, VRS 6 %, adenovirus 1,8 %, SARS-CoV-2 1 % influenza B; heces 10 % rotavirus, 10 % adenovirus. Cambio de actitud terapéutica: 56,1 % PCR, 37,5 % PCT, respiratorio 31,9 %, heces 10 %. Reconsulta 25 % heces, 18,8 % PCT, 15,5 % respiratorio, 9 % PCR. **Conclusiones:** La media de edad de la realización de los test de acorde con el inicio de la etapa escolar (3 años). En épocas epidémicas se tiende a realizar TDRs de virus respiratorios, por encima del resto de las pruebas disponibles. La mayor utilidad (resultados positivos, modificación de actitud terapéutica, menor necesidad de reconsultas) se encuentra en la PCR, hecho que puede estar influenciado por el punto de corte establecido.

P-091

ALERGIA NO IGE MEDIADA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA COMO CAUSA DE INGRESO EN UCI PEDIÁTRICA

Muñoz López, C.; Donado Palencia, P.; Reyzaal Ereño, E.; Saucos Martínez, E.; Acero García De La Santa, L.; Sánchez Tudela, P.; Tomás Soldevilla, B.; Martínez Gómez, A.R.; Rueda Ramírez, C.M.; García Cabezas, M.A.
 Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P091>

Anamnesis y exploración clínica: Lactante de 30 días con pérdida ponderal de 700 g en 20 días y deposiciones semilíquidas de 15 días de evolución. No vómitos. Afebril. Como antecedentes familiares destaca: hermana de 5 años con gastritis crónica hipertrófica. Antecedentes personales: sin interés. Lactancia mixta desde el nacimiento. En la exploración: FC: 160 lpm. TA: 70/40 (53), afebril. Mal aspecto general, ojos hundidos, escaso pániculo adiposo. Mala perfusión periférica, cutis marmorata, mucosas pastosas. Taquicárdico, sin soplos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En gasometría presenta acidosis metabólica marcada y deshidratación grave hipernatrémica, por lo que ingresa en UCIP. Analítica con leucocitosis, trombocitosis y aumento de los reactantes de fase aguda, por lo que se inicia antibioterapia. Estudio de orina y líquido cefalorraquídeo normales. Inicia alimentación con hidrolizado de PLV (proteína de leche de vaca) persistiendo deposiciones numerosas y líquidas (8-9/día) e irritabilidad. Al 4º día se cambia a fórmula elemental mejorando la irritabilidad y las deposiciones. Se descarta provocación diagnóstica dada la gravedad. A los 2 meses de vida, por error, le administran 2 tomas de fórmula de inicio con PLV entera presentando vómitos tras las mismas requiriendo ingreso en UCIP de nuevo. Recibe FE (fórmula elemental) hasta los 20 meses de vida que se realiza test de tolerancia oral con PLV en ámbito hospitalario con buena tolerancia. **Conclusiones:** Este caso podría tratarse de una enteropatía inducida por PLV no IgE mediada, dado que en el primer ingreso no presentó vómitos, sin embargo, evolutivamente al recibir PLV accidentalmente, cumple criterios de FPIES agudo: vómitos tras la administración de las mismas (criterio mayor) junto con palidez, diarrea en las 24 horas siguientes, necesidad de atención urgente y necesidad de soporte intravenoso (criterios menores).

P-092

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

Arthaud Manzanera, P.; Maestre Casas, A.; Moral García, S.; Fraguas Lage, M.; Meneses García, A.; Pérez Herrero, L.
 Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P092>

Introducción: El cólico del lactante se define como una alteración del comportamiento en niños de hasta 4 meses de edad, caracterizada por episodios de llanto, incomodidad, flatulencia e hipertensión, de larga duración y de difícil manejo por parte de los cuidadores. La prevalencia se sitúa en torno a un 60 % en menores de 6 meses y supone entre el 10 % y el 40 % de los motivos de consulta en Urgencias y Atención Primaria. Esta afección se incluye dentro de los trastornos digestivos funcionales pediátricos y para su diagnóstico se utilizan los criterios de Roma IV. Su etiología es desconocida, aunque diversos autores afirman que existen algunos factores predisponentes como las alergias alimentarias, la microbiota intestinal o el tabaquismo en los padres. **Objetivos:** Identificar los

cuidados de enfermería más adecuados para el manejo de niños con cólicos del lactante. Subrayar la relevancia de la implicación parental en el abordaje de este trastorno. **Material y métodos:** El presente trabajo se ha desarrollado a partir de una revisión bibliográfica de los cuidados de enfermería actualizados en el lactante con cólicos. Las bases de datos que se han utilizado son PubMed, Google académico y Medline. **Resultados:** Existe una variedad de enfoques terapéuticos que los profesionales de enfermería pueden utilizar, como terapias manuales o aromaterapia. Todos los estudios y artículos revisados enfatizan la importancia de proporcionar educación a los cuidadores como parte fundamental del tratamiento. **Conclusiones:** A pesar de ser un problema prevalente, las acciones terapéuticas están basadas en un escaso nivel de evidencia. Aun así, se concluye que al considerar de manera más significativa el aspecto sociofamiliar y al incluir a los padres como parte fundamental de nuestros esfuerzos de cuidado, se logrará brindar una atención completa y de alta calidad.

P-093

DIVERTÍCULO DE MECKEL OCULTO TRAS UN CUADRO DE ESTREÑIMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aparicio Ríos, P.¹; García Morán, A.²; Gallego Diego, A.M.³; Polo De Dios, M.⁴; De Castro León, C.⁵; Gutiérrez Marqués, S.⁶.

¹Pediatra C.S. Peñaranda de Bracamonte. Gerencia Atención Primaria Salamanca, Salamanca, España; ²Gastroenterología Infantil. Servicio Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

³Enfermera pediátrica C.S. Peñaranda de Bracamonte. Gerencia Atención

Primaria Salamanca, Salamanca, España; ⁴Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

⁵Pediatra C.S. Parada del Molino, Zamora, España; ⁶Servicio de Pediatría.

Gerencia Atención Primaria Salamanca, Salamanca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P093>

Anamnesis: Niño de 2 años, cuya madre consulta, porque en la guardería le han indicado en varias ocasiones que han objetivado restos hemáticos en las heces. En el domicilio, el niño realiza deposiciones diarias de consistencia variable (muchas veces, Bristol 1-2) y nunca han objetivado productos patológicos en las mismas. Debido a la consistencia de las heces, se pauta tratamiento con polietilenglicol de forma temporal. Al mes y medio presenta nuevo episodio, con restos hemáticos abundantes en deposiciones de consistencia normal, asociando dolor abdominal y disminución del apetito. **Exploración física:** Anodina, salvo palidez cutánea de predominio a nivel facial, soplo sistólico II/VI de características funcionales y dolor inespecífico a la palpación abdominal. Margen perianal sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente al describir el cuadro por primera vez, se solicita coprocultivo y determinación del antígeno de rotavirus y adenovirus, todos ellos negativos. En el segundo episodio se amplía estudio de heces (con determinación de calprotectina fecal y nuevo coprocultivo, ambos normales) y se solicita analítica sanguínea en la que presenta ferropenia sin anemia. También se realiza una ecografía abdominal que es normal. Ante la persistencia de la sintomatología, y con resolución del estreñimiento inicial, se deriva a segundo nivel para descartar otras causas de hemorragia digestiva baja. Tras valoración en Gastroenterología Infantil, se solicita gammagrafía, con hallazgos compatibles con divertículo de Meckel y se programa intervención quirúrgica del paciente. **Conclusiones:** Ante un cuadro de hemorragia digestiva baja debe hacerse un diagnóstico diferencial de las diversas causas. La presencia de una de ellas no excluye que de forma concomitante pueda haber otra, como ocurre en el caso de nuestro paciente, donde un estreñimiento inicialmente camufló la existencia de un divertículo de Meckel.

P-094

DOLOR ABDOMINAL, GIARDIASIS INTESTINAL Y GRANULOMATOSIS HEPÁTICA: ¿ASOCIACIÓN O ETIOLOGÍA?

De La Iglesia Rivaya, A.; Álvarez Menéndez, L.; Baruque Rodríguez, S.; González Carrera, E.; Miguens Iglesias, P.; García Mozo, R. - Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P094>

Niño de 11 años, previamente sano, remitido por episodios de dolor abdominal tipo cólico a nivel periumbilical y subcostal autolimitados en los últimos cuatro meses. No asocia otra clínica ni presenta datos de alarma. No existen antecedentes familiares de enfermedades infecciosas o inflamatorias intestinales. A la exploración física, presenta buen estado de nutrición, color normal (no ictericia) y abdomen blando, depresible, no doloroso y sin masas ni megalias. Su pediatra solicita analítica (hemograma, bioquímica incluyendo glucosa, iones, función renal, pruebas de función hepática, perfil lipídico y férrico, VSG y PCR) con único hallazgo de hipercolesterolemia leve. En la ecografía abdominal, se observan calcificaciones hepáticas groseras de 23 mm de diámetro máximo, compatibles con granulomas. Se completa estudio con serología de Bartonella, VEB, CMV y toxoplasma (negativas) y parásitos en heces (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis*, *Cyclospora cayentanensis*, *Blastocystis hominis*) con positividad para *Giardia lamblia*. Tras recibir resultados, se inicia tratamiento con metronidazol oral. Se realiza control a los tres meses, encontrándose asintomático tras el tratamiento y comprobándose erradicación del parásito intestinal por PCR en heces. La analítica es normal y la ecografía hepática no muestra cambios, pendiente de realizar nuevo control al año. La giardiasis se trata de la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial. Habitualmente, se presenta en forma de portadores asintomáticos, aunque se asocia al desarrollo de granulomatosis hepática en forma de calcificaciones. En la mayor parte de los casos, esta se trata de un hallazgo casual correspondiente a lesiones residuales de una posible afectación hepática ya resuelta (de origen infeccioso, entre otros). En este caso, el dolor abdominal sí estaba asociado a la giardiasis intestinal dada la mejoría clínica tras iniciar tratamiento y comprobar erradicación. Aunque no podamos demostrar su asociación, consideramos que la *Giardia lamblia* pudo ser la causante de la granulomatosis.

P-095

EL LACTANTE IRRITABLE EN URGENCIAS. LA IMPORTANCIA DE PENSAR EN LA INVAGINACIÓN INTESTINAL

Sánchez Calderón, A. - Hospital Universitario del Henares, Coslada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P095>

Anamnesis: Lactante de 7 meses que acude a Urgencias por irritabilidad e hiporexia de una hora de evolución, asociando palidez de forma intermitente. A su llegada presenta afectación del estado general ante lo cual se canaliza vía periférica, extracción de analítica y administrar carga de SSF a 20 ml/kg. **Exploración clínica:** Mediano estado general, palidez. ACP: normal. Abdomen: doloroso con presencia de masa abdominal en fosa ilíaca izquierda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ecografía abdominal: se identifica una invaginación intestinal de intestino delgado e intestino grueso hasta el recto. Una vez confirmado el diagnóstico, se decide traslado a hospital de referencia en el cual se realiza reducción hidrostática bajo sedoanalgesia con éxito. Es dado de alta a las 24 horas permaneciendo estable hemodinámicamente. **Conclusiones:** La invaginación intestinal consiste en el prolapso de una parte del intestino en la luz del tramo que se encuentra distal a este, lo que da lugar a obstrucción, siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre

los 6 y los 36 meses. La clínica más habitual de esta enfermedad es la irritabilidad del paciente, asociando palidez en la mayoría de los casos. El tratamiento de elección inicial es la reducción hidrostática.

P-096

EL PRIMER DIAGNÓSTICO NO SIEMPRE ES EL DEFINITIVO. APROXIMACIÓN A UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE: VERY EARLY ONSET INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

González De Prádena, B.; Moricz, M.; Martín González, M.
Hospital Torrecárdenas, Almería, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P096>

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de inicio muy precoz (*Very-Early-Onset-Inflammatory-Bowel-Disease*: VEOIBD), es aquella que debuta en <6 años (3-15 % de EII en edad pediátrica). Suele tener curso clínico agresivo, mayor incidencia de formas no clasificadas y afectación colónica extensa. La valoración debe incluir estudio inmunológico y genético para un mejor abordaje diagnóstico-terapéutico. Preescolar de 3 años, sin antecedentes destacables, ingresa por anemia ferropénica grave y diarrea mucosanguinolenta de un mes. Se aísla coprocultivo *Campylobacter jejuni*, recibiendo dos ciclos de azitromicina, pero persiste palidez mucocutánea y empeoramiento clínico, siendo derivado para completar estudio etiológico. Se realizan pruebas analíticas (heces: calprotectina 8.620 microg/g, coprocultivos/rotavirus/adenovirus negativos, antígeno *Clostridium difficile* sin toxina, pautando metronidazol oral; sangre: acidosis metabólica, anemia ferropénica grave con transfusión y ferrotterapia, perfiles hepático, renal, tiroideo y coagulación normales, VSG elevada y PCR, celiaquía y serologías citomegalovirus negativas), imagen (ecografía abdominal y gammagrafía-Tc-99 normales) y endoscopias digestivas alta y baja (lesiones pancolónicas continuas, mucosa eritematosa, pérdida de patrón vascular, punteado eritematoso fino, exudados, friabilidad, sin aftas; colitis crónica activa Rutter grado 3 colon ascendente/transverso y 4 descendente/sigma; distorsión arquitectural de mucosa colónica, pérdida moderada de celularidad mucosecretora y aumento linfoplasmatocitario basal de lámina propia, agregados linfoides, microabscesos, ulceración focal y erosión mucosa en colon descendente/sigma, sin granulomas ni cambios citopáticos sugestivos de infección por citomegalovirus [inmunohistoquímica y cultivo negativos]). Ante sospecha de EII colitis indeterminada, se solicitan Mantoux (negativo) y estudio inmunológico (normal), inicia tratamiento (mesalazina oral, rechaza por mala tolerancia). Posteriormente, prednisolona oral 1 g/kg. Tras descenso de corticoides, azatioprina 25 mg/24 h. En seguimiento se solicita estudio genético VEOIBD (negativo), mejoría analítica y clínica. Es complejo el diagnóstico diferencial y tratamiento precoz de entidades VEOIBD, precisando alta sospecha diagnóstica en preescolares con clínica compatible. El conocimiento fisiopatológico permitiría un abordaje óptimo, mejora evolutiva y tratamiento individualizado dirigido, a ser posible, al defecto genético.

P-097

FIEBRE RECURRENTE. MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGÍA BANAL

De La Cruz Hidalgo, M.D.; Carrión Medina, A.; García Matamoros, L.; Rivero De La Rosa, M.C.; Balboa Vega, M.J.; Benítez Fernández, I.; Borja Urbano, G.; Aboza García, M.R.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P097>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Adolescente de 12 años, sin antecedentes personales de interés, en seguimiento desde consultas de Atención Primaria por

presentar, desde hace cinco meses cuadros febriles de baja intensidad, que se repiten de forma recurrente cada 15 días aproximadamente y se autolimitan a los tres o cuatro días del comienzo del episodio. Inicialmente cursa de forma asintomática, sospechándose como primera opción infecciones virales sin signos de alarma. Debido a la recurrencia de los cuadros, se solicita analítica sanguínea en la que se objetiva una VSG elevada, junto con trombocitosis. Durante su seguimiento en consultas de su centro de salud, se añade al cuadro febril dolor abdominal de predominio en flancos (principalmente flanco izquierdo) y deposiciones de consistencia pastosa. Finalmente, se observan restos hemáticos mezclado con las heces al menos una vez al día, y se añaden vómitos esporádicos, anorexia y pérdida de peso de hasta 5 kg. Se solicita calprotectina fecal con valores elevados. Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal se contacta con Gastroenterología Pediátrica para valoración preferente. Se realiza endoscopia digestiva superior y colonoscopia, y se confirma tras análisis anatómico-patológico enfermedad de Crohn. **Conclusiones:** La fiebre es un síntoma muy frecuente en la infancia y, por tanto, motivo de consulta habitual en Atención Primaria. Generalmente, su etiología es debida a infecciones banales que se autolimitan de forma espontánea. Sin embargo, la fiebre recurrente, es una situación especialmente preocupante y que merece un estudio exhaustivo. Dentro del diagnóstico diferencial, hay que dar importancia a enfermedades autoinflamatorias (síndrome de PFAPA), inmunodeficiencias primarias (neutropenia cíclica) o enfermedades autoinmunes (artritis idiopática juvenil, enfermedad de Crohn). Es por ello importante la sospecha precoz, para realizar una derivación temprana y con ello un tratamiento a tiempo.

P-098

GASTROENTERITIS AGUDA. LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

Díaz Hernández, L.I.; Manzano Gracia, I.; Fernández García, P.; Caballero Estupiñán, E.; Díaz Bethencourt Pardo, R.; Romero Álvarez, C.; García Míguez, P.M.; González Pérez, A.; Marrero Falcón, H.X.; Ramos Varela, J.C. - Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canarias, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P098>

Anamnesis: Varón de 17 meses, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal cólico generalizado de un mes de evolución, asociado a vómitos y deposiciones líquidas de predominio postprandial, sin productos patológicos, permaneciendo afebril. **Exploración clínica:** Pálido y ojeroso, irritable, alternando episodios de decaimiento. Aspecto desnutrido con disminución del panículo adiposo. Abdomen globuloso y distendido, con defensa abdominal, sin masas ni megalias. Exploración perianal normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se ingresa para estudio, realizándose hemograma, bioquímica con iones, coagulación, perfil hepato-renal, LDH, PCR, con resultados normales, excepto una Hb de 11,8 g/dl. Estudio bacteriológico y parasitológico en heces negativo. Ante la sospecha inicial de abdomen agudo y/u obstrucción intestinal se realizaron pruebas de imagen (radiografía abdominal, ecografía y TAC) siendo normales; así como valoración por Cirugía Pediátrica, siendo anodina. Serología positiva para enfermedad celíaca con anticuerpos antitransglutaminasa IgA (valores <10 veces el límite superior de la normalidad), antigliadina IgG y antiendomiso IgA. IgA total normal. Ante tales hallazgos, se programa para realización de biopsia intestinal, con posterior dieta exenta de gluten. **Conclusiones:** La enfermedad celíaca es una enteropatía autoinmune con sensibilidad al gluten en pacientes genéticamente predispuestos. La clínica clásica de diarrea asociada

a desnutrición, distensión abdominal y retraso ponderoestatural es cada vez menos frecuente, aunque presente en pacientes con enfermedad evolucionada, requiriendo ocasionalmente realizar diagnóstico diferencial con otras patologías médico-quirúrgicas, como ocurrió en nuestro caso. Cabe recordar la posibilidad de prescindir de la biopsia intestinal en aquellos pacientes con positividad de anticuerpos antitransglutaminasa IgA >10 veces el límite superior de la normalidad, con positividad de anticuerpos antiendomiso en una segunda muestra. Así pues, es importante realizar una evaluación precoz desde Atención Primaria, iniciando pruebas de primer nivel con el objetivo de obtener un diagnóstico y orientar su manejo.

P-099

GRAN MASA PÉLVICA CALCIFICADA. MALA EVOLUCIÓN EN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Martínez Prieto, F.; Sierra Capitán, P.; Macías García, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P099>

Niño de 12 años que acude por estreñimiento crónico desde el nacimiento en tratamiento con movicol (solo episodios agudos), pero recientemente aumenta la clínica de encopresis asociada y enuresis nocturna mayor que la que habitualmente presentaba nuestro paciente. No dolor abdominal, sí al defecar. Refiere que no hace deposición por preferir hacer otras actividades, aunque el padre afirma que cree que es por miedo. No vómitos. Sus familiares refieren realización de dieta rica en fibra. Dieta variada. No pérdida de peso. No fiebre. Antecedente de déficit intelectual con síndrome hiperquinético asociado y trastorno de conducta en tratamiento. A la exploración física abdomen blando, depresible. Se palpa masa en región hipogástrica, indurada, no dolorosa. No adenopatías. Ante estos hallazgos, realizamos: - ecografía renal: imagen 11,5 cm calcificada de paredes muy gruesas, de contenido anecoico (imagen de vejiga calcificada, como primera sospecha). - Tomografía computarizada abdominal: severa distensión de ampolla rectal-recto, por la existencia de un fecaloma de muy larga evolución que se corresponde con la masa pélvica, referida en los datos clínicos. Dicha distensión provoca una compresión y desplazamiento anterior de la vejiga. El marco cólico restante se muestra también distendido con abundante contenido fecaloideo en su interior. Se deriva a Digestivo y Cirugía Pediátrica, donde se descarta enfermedad de Hirschsprung. Ante probable causa de hábito retentivo en paciente con estreñimiento funcional, se escala en el tratamiento, desapareciendo la enuresis precozmente, y mejoría paulatina de clínica de estreñimiento y encopresis. Diagnóstico diferencial: estreñimiento funcional como causa principal, pero no olvidar patología anal y de origen neural. Como conclusión, debemos conocer que en pacientes neuropsiquiátricos es más frecuente la asociación con esta patología y la persistencia en el tiempo. Debemos realizar un buen abordaje multidisciplinar para evitar una mala evolución, como ha ocurrido en este caso.

P-100

LA PICADURA SOBREINFECTADA QUE TERMINÓ EN ENFERMEDAD DE CROHN

Martín Mardomingo, M.A.¹; Tainta León, L.¹; Lagunilla Herrero, L.²; Fernández García, N.³; García Martín, S.⁴.
¹C.S. Calzada, Gijón, España; ²C.S. El Coto, Gijón, España; ³C.S. Severo Ochoa, Gijón, España; ⁴Estudiante Facultad de Medicina, Oviedo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P100>

Anamnesis: Niña de 12 años que consulta por lesión cutánea en pierna derecha, dolorosa y no pruriginosa. **Antecedentes personales**

de interés: - Lesión similar en pierna contralateral que deja mancha violácea residual. - Tumoración perianal diagnosticada de hemorroide externa. - Infección por COVID-19, 6 meses antes. **Exploración física:** Buen estado general, afebril. Lesión cutánea eritemato-violácea maculopapular en cara anterior de pierna derecha, con flictena en zona central y borde irregular eritematoso. **Diagnóstico:** Sospecha inicial de celulitis por sobreinfección de picadura. A las 48 horas de tratamiento antibiótico oral y tópico hay disminución del eritema, apareciendo varios nódulos dolorosos confluyentes violáceos. Se deriva a Dermatología que plantea diagnóstico diferencial entre eritema nodoso, eritema indurado de bazin y panarteritis nodosa. Tras interconsulta a Digestivo se solicita: - Analítica sanguínea destacando la presencia de anemia (hemoglobina 7,7 g/dl, VCM 60,8), trombocitosis (plaquetas 859.000 mm³), elevación de reactantes de fase aguda (VSG 113 mm/h, PCR 139,3 mg/L). Frotis sanguíneo con serie roja hipocrómica y anisocitosis intensa. - Radiografía de tórax normal. - Estudio de micobacterias, parásitos, hongos, coprocultivo y detección de tosina de *Clostridium difficile* en heces negativo. - Calprotectina fecal 7.960 ug/g. - Biopsia cutánea compatible con eritema nodoso. - Ecografía abdominal: engrosamiento de un segmento de colon ascendente y transversal hasta ángulo hepático y de íleon terminal. - Finalmente se realiza endoscopia alta y baja donde se encuentran hallazgos sugestivos de enfermedad de Crohn. **Tratamiento:** - Azatriopina. - Hierro. - Vitamina D. **Evolución:** Tras varias semanas de tratamiento presenta mejoría a nivel clínico, somatométrico y analítico. La familia decide suspenderlo y mantener una dieta pautada por los padres. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y con valores analíticos normales.

P-101

MI NIÑO NO COME

García González, M.; Sánchez Díaz, C.; Del Solar Rico, J.; De La Cruz Hidalgo, M.D.; García Matamoros, L.; Pallares Alameda, M.; Carrión Medina, A. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P101>

Introducción: El fallo de medro es un retraso en el aumento de peso y en el crecimiento físico que puede ocasionar retrasos en el desarrollo y en la maduración. Las causas que pueden producirlo son diversas. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 13 meses sin antecedentes de interés seguido en seguimiento en Atención Primaria por controles de peso. Antropometría dentro de la normalidad al nacimiento. Se objetiva a partir de los 4 meses caída de percentil de peso, situándose desde entonces en <p1, con percentiles de talla normales. Alimentado con lactancia materna hasta los 6 meses de vida con posterior introducción de alimentación complementaria. La madre refiere que siempre ha comido pocas cantidades de comida, siendo muy selectivo y manipulando los alimentos con los dedos y la boca sin llegar a ingerirlos. Se solicita analítica sanguínea (hemograma, bioquímica con perfil hepático, tiroideo, renal, lipídico, férrico y perfil celiaco), sistemático de orina, cultivo de heces, test del sudor, ecografía abdominal, con resultados normales. Se realiza derivación a Aparato Digestivo por fallo de medro, que suplementa la dieta con batidos hipercalóricos. Descartan alimentarias y la valoración descarta organicidad y aconsejan valoración por Salud Mental, con diagnóstico de trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimento (TERIA). **Conclusiones:** El fallo de medro tiene origen multicausal, uno de ellos de reciente diagnóstico y clasificado dentro de los trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño: el TERIA, incluido en el DSM V. Los trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño engloban a cualquier rechazo lo suficientemente grave para ocasionar un

problema nutricional o sociemocional tanto en el niño como en los cuidadores. Es importante la sospecha clínica de esta entidad en el diagnóstico diferencial del fallo de medro, para poder abordarla y garantizar la normonutrición de nuestros pacientes.

P-102

RECTORRAGÍA EN NIÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Echasabal Vila, M.M.; Gruber, F.; Sgrignuoli, C.; Gala Grado, F.J.; Serra Molist, I.; Raventós Jurado, P.; Pizarro Bonnin, D.; Calaf Moya, G.; Giner Piqueras, A.; Balboa Ros, O.
CAP Can Bou, Castelldefels, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P102>

Introducción: En Pediatría, la diarrea con sangre puede ser causada por: la fisura anal, la enteritis infecciosa, la proctocolitis alérgica, los pólipos juveniles, los divertículos de Meckel, la invaginación intestinal, los vólvulos, las coagulopatías, la enterocolitis necrosante, la enfermedad de Hirschsprung y la enfermedad intestinal inflamatoria, donde los subtipos más frecuentes son la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. No se conoce con certeza la etiología exacta de esta enfermedad, puede deberse a una compleja interacción entre varios factores: ambientales, los defectos en el sistema inmunitario innato y el adaptativo, la disbiosis microbiana y la predisposición genética tienen un papel importante. **Anamnesis:** APP: sobrepeso hace 7 años. Paciente de 13 años, con antecedentes de dolor abdominal y rectorragia de 3 meses de evolución. **Exploración clínica:** La exploración es normal, excepto palpación profunda dolorosa en hipogastrio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Hb 14,9 g/dL, Hto 44,7 %, VCM 85, plaquetas 289.000, leucos 6.100 (3.800 N), INR 1,06, albumina 47 g/L, función hepática normal, PCR 0,5 mg/L, hierro normal, ferritina normal - CF (18/04): 984 mg/kg - CF (09/05): 905 mg/kg Hb 14 g/dL, Hto 44,7 %, VCM 85, plaquetas 289.000, leucos 6.100 (3.800 N), INR 1,06, albumina 47 g/L, PCR 0,5 mg/L, hierro normal. - Coprocultivo: negativo. - Estudio parasitológico de heces: negativo. - Calprotectina heces 3.605,7 mg/kg (aumentada). - Colonoscopia total hasta ciego: recto distal, últimos 5 cm desde margen anal con eritema, edema, pérdida de patrón vascular y microerosiones sugestivo de proctitis con patrón de Colitis ulcerativa. Iniciar tratamiento con: SALOFALK 1 g en sobres y supositorios, y medidas dietéticas. **Conclusiones:** La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal ha experimentado un aumento en los últimos años, por lo que la labor del pediatra de Atención Primaria, tanto en el diagnóstico precoz como en el manejo posterior de estos pacientes crónicos, es muy importante.

P-103

UN CASO FAMILIAR DE HIPOMAGNESEMIA CON HIPOCALCEMIA ASOCIADA POR MUTACIÓN HETEROCIGÓTICA DEL GEN *TRPM6*

Martí Enrique, V.; López Cruz, J.; Aviñó Llácer, A.; Beltrán García, S.; García Henarejos, M.; Martínez Bayo, Á.; Murcia Ramón, N.; Pequeño Pérez, S.; Olmos García, J.M.; Pareja Marín, F. - Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P103>

Caso clínico: La hipomagnesemia primaria con hipocalcemia secundaria (HSH) es un trastorno genético raro de herencia autosómica recesiva. El receptor potencial transitorio disfuncional de la melastatina 6 provoca una absorción intestinal deficiente de magnesio, lo que disminuye los niveles séricos de este y provoca hipocalcemia asociada. Los signos típicos en la manifestación ini-

cial son convulsiones generalizadas, tetania y/o espasmos musculares. Presentamos el caso de dos hermanas que en el contexto de gastroenteritis aguda manifiestan tetania, espasmos musculares y hormigueo de miembros. La hermana mayor debutó a los 13 años, objetivando hipomagnesemia severa (0,6 mg/dl) e hipocalcemia (6,4 mg/dl); la hermana menor debutó a los 12 años con hipomagnesemia moderada (0,8 mg/dl) e hipocalcemia leve (7,4 mg/dl). El análisis genético molecular reveló mutaciones en el gen *TRPM6* variante c.5629_5631del; p. (Lys1877del). Inicialmente, recibieron tratamiento con fluidoterapia y magnesio intravenoso y continúan actualmente con suplementos de magnesio oral manteniéndose asintomáticas. **Conclusiones:** Ante una alteración de los iones, siempre debemos de considerar los valores de magnesio, pues sin su corrección no será posible conseguir una homeostasis integral. El diagnóstico preciso de HSH y el tratamiento precoz son esenciales para prevenir alteraciones neurológicas irreversibles. Aunque la mayoría de casos descritos en la literatura son en pacientes con mutaciones homocigóticas para dicho gen con debut clínico grave en los primeros años de vida, debemos tener en cuenta que los pacientes con mutaciones heterocigotas también pueden tener manifestaciones clínicas importantes, sin ser portadores asintomáticos como refiere la mayoría de la literatura.

P-104

¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR EN UNA MINUCIOSA EXPLORACIÓN?

Roco Rosa, M.; Torres Díaz, M.; Panduro Romero, L.; Lechón Caballero, M.C.; Polo Moreno, J.; Melitón Carrasco, J.A.; Raya Tejero, C.; Franco Martín, I.; Parra Villena, A.; Vicho González, C.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P104>

Anamnesis: Paciente varón de 3 años en seguimiento por Neuropediatría por sufrimiento fetal sin otros signos de encefalopatía hipóxico-isquémica. Evolución favorable en controles posteriores del neurodesarrollo. En los últimos meses, presenta mayor irritabilidad con mayor número de rabietas, vómitos repetitivos tras las comidas, e incluso, durante las noches, asociando cefalea frontal que no mejora tras los vómitos. Asimismo, dificultad para realizar tareas escolares, así como para la motricidad fina con una hemiparesia derecha, pérdida de la gesticulación de hemicara derecha y mayor dificultad para el lenguaje. En seguimiento por Oftalmología por estrabismo, presentando en los últimos controles posible atrofia óptica. **Exploración:** Se objetiva asimetría en el movimiento de los miembros superiores y leve disminución del balance muscular del brazo derecho. No espasticidad. Asimetría facial, con desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, leve paresia de hemicara derecha. Marcha torpe, dificultad para levantarse del suelo. Buena compresión y ejecución de órdenes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita analítica con perfil hormonal normal y marcadores tumorales negativos. En la resonancia craneal se describe una lesión intracraneal supraselar con componente quístico y extensión temporo-parietal izquierda (con efecto masa sobre estructuras vecinas). Se inicia tratamiento corticoideo con dexametasona intravenosa y se programa craneotomía frontotemporal izquierda con evacuación del quiste y exéresis parcial del tumor, que se remite para estudio anatomopatológico, resultando compatible con ganglioglioma. Postoperatorio sin incidencias. Se indica profilaxis anticomial. Se decide tratamiento quimioterápico con vincristina y carboplatino. **Conclusiones:** La aparición de signos y síntomas discordantes en pacientes previamente asintomáticos debe hacernos pensar en derivar

a nuestros pacientes a las consultas que se precisen. El seguimiento estrecho con exploraciones físicas completas es fundamental para detectar patologías infrecuentes.

P-105

CRIBADO NEONATAL DE LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

Sutre, F.¹; Miguel, P.²; Amaro Gonçalves, C.³; Salgado, C.³; Palaré, M.J.³; Bento, C.⁴; Vilarinho, L.⁵; Ferrão, A.³. - ¹Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém, Santarém, Portugal; ²Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Lisboa, Portugal; ³Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Lisboa, Portugal; ⁴Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra, Portugal; ⁵Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Departamento de Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Porto, Portugal.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P105>

Introducción y objetivo: La enfermedad de células falciformes (ECF) es una hemoglobinopatía estructural que se caracteriza por la presencia de hemoglobina S (HbS). En Portugal, la inclusión de esta enfermedad en el Programa Nacional de Cribado Neonatal (PNCN) fue en 2021 y se realiza de manera universal desde febrero de 2022. Su confirmación debe realizarse mediante electroforesis de hemoglobina/estudio genético. El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar a los recién nacidos (RN) identificados en el PNCN con sospecha de ECF y referidos a una Unidad de Hematología Pediátrica de un hospital terciario. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los RN con cribado neonatal positivo y referido entre abril de 2021 y mayo de 2023. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, de laboratorio y de tratamiento. **Resultados:** Se referenciaron 20 RN (13 HbSS, dos HbSC y los demás eran variantes: tres HbA/Bart y dos HbEE). Todos fueron de etnia africana, siendo el 55 % varones. La mediana de edad en la primera consulta fue de 40 días y el valor promedio de hemoglobina inicial fue de 9,3 g/dL. La confirmación se realizó en 18 casos y en tres casos no hubo concordancia con el PNCN: un caso de HbSC resultó ser HbSS y dos casos de HbA/Bart se identificaron como HbA/NBaltimore. De los 15 pacientes con ECF confirmada (un HbSC y 14 HbSS), 13 continúan su seguimiento en nuestro centro, de los cuales nueve han necesitado hospitalización, cuatro han comenzado hidroxiurea y todos están bajo profilaxis antibiótica. **Conclusión:** La ECF es una enfermedad multisistémica que se asocia con complicaciones agudas y crónicas. El diagnóstico a través del cribado neonatal es esencial, ya que permite un seguimiento y un inicio temprano de profilaxis y terapia, con el objetivo de reducir la tasa de comorbilidades y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

P-106

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, I.¹; Gómez Silva, G.¹; Regueiro García, A.²; Fernández Sanmartín, M.¹. - ¹Complejo Hospitalario Universitario De Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Hospital Comarcal de Valdeorras, O Barco de Valdeorras, Ourense, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P106>

La neutropenia es un hallazgo relativamente frecuente en las analíticas pediátricas. Sin embargo, la mayoría de ellas son transitorias y no concluyen en un diagnóstico de gravedad, pero implican realización de exploraciones en exceso en la población pediátrica. **Objeto del trabajo:** Describir las características de pacientes derivados por neutropenia desde Atención Primaria a una consulta especializada y proponer recomendaciones de derivación en base a nuestros resultados. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, realizado a través de 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 estos, 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, 15 asociaban otras citopenias. El tiempo de evolución de estas tenía una media de 1,3 meses. Del total, el 65,5 % fueron derivados tras hallar la neutropenia en una sola analítica. Solo el 20,5 % de las neutropenias eran graves. 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 asociada a otras citopenias, y siempre confirmada en más de un estudio separado el tiempo suficiente.

P-107

HEMANGIOMA NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Perera, R.; Escolano Díez, L.; Pareja Malcorra, O.; Díaz García, A.; Castro Rodríguez, L.; Gómez Perera, S.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P107>

Introducción: Los hemangiomas infantiles son tumores vasculares no cancerígenos formados por células endoteliales. Son frecuentes en la infancia, más común en la raza caucásica y, como factores predisponentes se encuentran el sexo femenino, la prematuridad y los partos múltiples. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y su etiología es desconocida. El diagnóstico es clínico y el tratamiento suele ser conservador, aunque algunos casos se pueden beneficiar de otros tratamientos como el propranolol. **Anamnesis y exploración clínica:** Neonato varón de 10 días de vida que en las consultas programadas de Salud Infantil se objetiva la presencia de una lesión en párpado derecho, sobre elevada y de color rojo-vino, compatible con un hemangioma. A la exploración general presenta ligero tinte icterico, resto normal. **Antecedentes personales:** Recién nacido a término, peso adecuado para la edad gestacional. Crecimiento intrauterino retardado con oligoamnios grave. Ictericia con necesidad de fototerapia. Lactancia mixta. Cribado neonatal normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se deriva al hospital donde es valorado por Oftalmología que, tras exploración inicial y comprobar la apertura ocular espontánea, la ausencia de masas palpables ni lesiones conjuntivales acompañantes, proponen iniciar tratamiento con propranolol oral cuando cumpla 5 semanas de vida. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncohematología pediátrica presentando en la revisión de consultas sucesivas

disminución del tamaño de la lesión, con área periférica blanquecina, sin datos de ulceración. **Conclusiones:** - Los hemangiomas en lactantes son entidades benignas que tienen un periodo de crecimiento (fase proliferativa) seguido de un periodo de retracción (fase involutiva) pudiendo desaparecer por completo. - El diagnóstico es clínico, pero puede confirmarse con ecografía. - La mayoría se resuelven espontáneamente sin tratamiento. Las opciones terapéuticas dependen de la edad del paciente, la localización del hemangioma y la presencia o no de complicaciones.

P-108

HEMANGIOMA PROFUNDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguel Heredero, A.; Mederos Rodríguez, A.; Palenzuela Afonso, B.; Caparrós Nieto, A.B.; González Cruz, M.; Pérez De Vega, B.; Domínguez Cháfer, M.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P108>

Introducción: Los hemangiomas son tumores benignos con alta incidencia en menores de 1 año (4-10 %). La mayoría se diagnostican con exploración física y evolución de la lesión. Aunque no hay consenso, en los casos atípicos, gran tamaño o si se sospechan anomalías asociadas debería indicarse prueba de imagen. **Resumen del caso:** Lactante mujer de 4 meses, sin antecedentes de interés, remitida desde Atención Primaria a consultas de Oncohematología por lesión cervical. Presente desde nacimiento, coloración violácea y crecimiento progresivo. Sin limitación de movilidad cervical. Exploración física: lesión laterocervical izquierda, fondo violáceo con puntos rojos en superficie (2 x 2 cm), consistencia blanda aparentemente no dolorosa, sin limitación a la movilidad. Resto anodina. Pruebas complementarias: - ecografía: lesión solida lobulada cervical posterior (3,6 x 0,8 cm) y lateral izquierda (2 x 1,3 cm), bien delimitada sin aparente infiltración de planos adyacentes y abundante mapa Doppler. - RM: múltiples lesiones expansivas de bordes definidos, realce precoz tras contraste en planos superficiales occipitocervical izquierda y planos profundos de hemicuello izquierdo, extendiéndose inferiormente a porción superior de mediastino englobando origen de arteria vertebral y carótida común izquierdas. Una de ellas, a nivel prevertebral condiciona afectación importante de luz de orofaringe. Ante sospecha de hemangioma cervical profundo, se inicia tratamiento con propranolol 1,5 mg/kg/día con ascenso progresivo a 3 mg/kg/día. Dos semanas tras inicio, se realiza rinoscopia con mejoría importante de luz de vía aérea y RM posterior de control con disminución de tamaño y de efecto masa sobre vía aérea y estructuras mediastínicas. **Conclusiones:** Debemos clasificar los hemangiomas según riesgo de complicaciones y secuelas asociadas. - Algunos síntomas pueden sugerir afectación interna: estridor, tos o afonía en hemangiomas en vía aérea. - En torno al 12 % requerirá tratamiento, de elección propranolol. Algunas indicaciones absolutas son: hemangiomas potencialmente mortales, peligro de la capacidad funcional, ulcerados con dolor y con riesgo de cicatrices permanentes o desfiguración.

P-109

ICTERICIA EN PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DE RECORDAR LAS CAUSAS POCO FRECUENTES Y LA REALIZACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

Álvarez Menéndez, L.¹; De La Iglesia Rivaya, A.¹; Miguens Iglesias, P.¹; González Carrera, E.¹; Baroque Rodríguez, S.¹; García Iglesias, A.²; García Mozo, R.¹.

¹Hospital de Cabuñes, Gijón, España; ²CS Severo-Ochoa, Gijón, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P109>

Varón de 2 años que consulta en Urgencias pediátricas por vómitos biliosos, fiebre, ictericia y coluria en las últimas 24 horas. Durante la historia clínica niegan antecedentes familiares de interés salvo su origen marroquí. El paciente había ingresado al quinto día de vida por ictericia atribuida a lactancia materna (síndrome de Arias). Por recurrencia al mes de vida, fue derivado a consultas externas de Pediatría. Tras desaparecer la ictericia y mejorar las cifras de bilirrubina, fue dado de alta a los 3 meses de seguimiento. En Urgencias, exploración física normal salvo por ictericia mucocutánea. En estudio de orina no aparece hematuria; la analítica muestra anemia e hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta (Hb 6,9 g/dL; Brb total 6,6 mg/dL con Brb directa 0,4 mg/dL), y elevación de LDH (1.225 U/L). Test de Coombs negativo. Ingres con sospecha de anemia hemolítica, precisando una transfusión sanguínea por descenso de hemoglobina hasta 5 g/dL. Al rehistoriarle, la madre menciona el caso de su sobrino: niño de 6 años estudiado en Marruecos por dos episodios de anemia e ictericia tras comer habas. Ante la sospecha clínica, se solicita estudio enzimático que muestra déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (136/1.000 millones hematies; valores normales 221-570). Al alta, se indica evitar cualquier tipo de haba y medicamentos oxidativos. Se cita en consultas de hematología, donde es seguido hasta la actualidad. 6 meses después, corrección de la anemia e ictericia. Realiza controles anuales desde entonces. No nuevos episodios de hemólisis o anemia, aunque en varios episodios posteriores de gastroenteritis la familia refiere tinte icterico sin coluria asociada, con analíticas normales. Nuestra principal conclusión es la importancia de una buena historia clínica; de haberla orientado mejor a posibles etiologías de anemia icterica, podría haberse conseguido un diagnóstico más temprano.

P-110

LA IMPORTANCIA DE LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. GLIOMA DIFUSO DE LÍNEA MEDIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castro Valdeolmillos, S.; Domínguez González, L.M.; González Vargas, C. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P110>

Paciente de 5 años que acude a su pediatra por presentar desde hace dos semanas dolor en codo, mano y rodilla derecha, asociando cojera de miembro inferior derecho. Los padres refieren notarla más torpe, con caídas frecuentes y disminución de la movilidad de miembro superior derecho. A la exploración se observan hematomas en miembros inferiores en distinto estado evolutivo. Presenta una disminución de la movilidad en muñeca derecha, con limitación en los movimientos de prono-supinación y sin conseguir extensión completa de la mano. También presenta leve parálisis facial izquierda. Ante sospecha de hemiparesia y parálisis braquial derecha se realiza radiografía de codo y muñeca sin hallazgos y se deriva a hospital de referencia para continuar estudio. A su llegada, se realiza TAC craneal urgente en la que se objetiva lesión sólida en tronco del encéfalo, por lo que se solicita RM craneo-espinal con tractología, en la que se informa de lesión sugestiva de glioma difuso de línea media (DIPG), de localización protuberancial. Ante los hallazgos se solicita análisis molecular dirigido de la mutación H3 en LCR y sangre sin encontrarse dicha mutación. Se inicia tratamiento con dexametasona y radioterapia. Tras treinta sesiones presenta mayor movilidad en miembro superior derecho y mayor estabilidad de la marcha. Persiste labilidad emocional y ha perdido prácticamente la capacidad de hablar. Actualmente se encuentra pendiente de RM control donde se valorará si es necesaria la biopsia tumoral y la

posibilidad de ensayo clínico. El DIPG es el tumor de tronco cerebral más frecuente en niños. Suele presentar afectación de pares craneales (típicamente el VI y VII par), del tracto piramidal y ataxia. Se diagnostica en base a la clínica y a los criterios diagnósticos definidos por la RM. Presenta mal pronóstico, siendo la radioterapia el único tratamiento que consigue una mejoría transitoria.

P-111

LINFADENOPATÍAS GIGANTES DE CURSO BENIGNO: ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Conejo Álvarez, M.P.; Díaz Merchán, R.; Herrera, M.; Goerlich Buch, M.; Muñoz González, A.; Vázquez Rodríguez, J.F.; Montijano Herrero, L. - Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P111>

Anamnesis: Varón de 3 años procedente de Marruecos que acude a consulta de su centro de salud tras haber llegado a España. Refiere tumoraciones escrotales y palpebrales progresivas de un año de evolución, sin haber conseguido diagnóstico en su país natal. No refiere otra sintomatología. **Exploración clínica:** - Cabeza y cuello: edema periorbitario bilateral. Masas bilaterales indoloras en tercio externo de párpados superiores (izquierdo 1 x 1 cm, derecho 2 x 2 cm) con edema perilesional. Tumefacción infrapalpebral con lesiones induradas (izquierdo 2 x 1 cm, derecho dos masas subcentimétricas). - Inspección genital: genitales masculinos normoconfigurados, masa de 1,5 x 3 cm indurada dependiente de teste izquierdo, tampoco dolorosa. Resto sin hallazgos. **Diagnóstico:** - Estudios ecográficos: nódulos subcutáneos palpebrales bilaterales y subcutáneos, de consistencia sólida. - Analítica sanguínea: bioquímica (función renal, hepática y reactantes) normal y hemograma con anemia microcítica. - Biopsia de tumoración escrotal: piel y partes blandas infiltradas por histiocitos e infiltrado linfoplasmocitario con imágenes de emperipolesis. Inmunohistoquímica: S100+, CD68+. Hallazgos sugestivos de enfermedad de Rosai-Dorfman extranodal. **Tratamiento:** Debido a la afectación extranodal bifocal se realizó exéresis de nódulo escrotal e inició tratamiento sistémico con corticoides durante 12 semanas, con buena respuesta clínica. **Conclusiones:** - La enfermedad de Rosai-Dorfman es una histiocitosis de células no Langerhans rara, poco frecuente en población pediátrica, caracterizada por la acumulación de histiocitos activados dentro del tejido afectado. Habitualmente presenta un curso benigno, con tendencia a la involución espontánea. - Su principal manifestación son adenopatías indoloras cervicales, aunque también pueden ser inguinales, axilares o mediastínicas. - El compromiso extranodal ocurre hasta en un 40 % de los casos, siendo la piel el órgano más frecuentemente afectado. - El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, con la presencia de histiocitos con "emperipolesis". - El abordaje terapéutico depende de la extensión de la enfermedad y compromiso de órganos vitales, siendo la exéresis y tratamiento con corticoides la primera línea terapéutica.

P-112

MI NIÑO NO ES EL MISMO DE SIEMPRE

Santos Cañón, R.; Lanero Olivencia, B.; Medina Bethencourt, M.; Andrade Díaz, C. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P112>

Anamnesis: Paciente de 2 años sin antecedentes de interés que acude por cambio de comportamiento en las últimas dos sema-

nas, junto con decaimiento, mareo e inestabilidad de la marcha. Cansancio y apatía, y muy quejoso. Tortícolis derecha. Ha tenido 3 vómitos en las últimas 2 semanas. Afebril en todo momento. Diuresis correcta. Heces caprinas en los últimos días. Analítica realizada en su hospital de referencia dos días antes de acudir a consulta, con hemograma anodino, bioquímica básica normal y sin elevación de reactantes de fase aguda. **Exploración:** TEP estable. BEG, pero muy irritable. Exploración por aparatos sin hallazgos salvo a nivel NRL: Glasgow 15/15, PINLA, cierta ptosis derecha, no aparentes alteraciones de la marcha, fuerza conservada en cuatro miembros, coge objetos con las dos manos y se los pasa de una mano a otra. Muy irritable en la exploración, quiere estar en brazos de su madre. Es capaz de ponerse en bipedestación sin perder equilibrio desde sedestación. Tendencia evidente a lateralizar cabeza hacia la derecha, sin contractura muscular palpable. **Pruebas complementarias:** Se solicita TC sin contraste de cráneo: LOE fosa posterior solidocística de 35 mm (pedúnculos cerebelosos izquierdos), que oblitera parcialmente IV ventrículo y cisternas basales ipsilaterales y condiciona incipiente hidrocefalia obstructiva supratentorial, sugestiva de astrocitoma pilocítico. **Objetivo del caso y conclusiones:** Remarcar la importancia de la aparición de síntomas de alarma neurológicos/cambios de comportamiento en un niño que previamente estaba sano. Finalmente con RM se diagnostica de ependimoma, actualmente portador de VDVP, con regresión neurológica severa y en seguimiento por Cuidados Paliativos. Abordaje de comunicación de malas noticias a unos padres que jamás se esperarían encontrarse con tal situación.

P-113

TORTÍCOLIS, ODINOFAGIA Y FIEBRE... ¿QUÉ HAY QUE SOSPECHAR?

Domínguez Cháfer, M.; Carrero Clemente, B.; Castro Rodríguez, L.; Cobo Costa, A.; González Cruz, M.; Caparrós Nieto, A.B.; Miguel Heredero, A.; Figueroa Herrera, M.P.; Marín Viñuales, A.; Vera Ramos, G.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P113>

Anamnesis: Mujer de 7 años valorada en Atención Primaria por cuadro de tos y mucosidad nasal con fiebre de hasta 38,5°C, iniciándose tratamiento con amoxicilina. Cuatro días después, aparecen cefalea y dolor cervical con tortícolis, por lo que es derivada a Urgencias. **Exploración clínica:** Cabeza ladeada hacia la derecha. Dolor a la palpación cervical derecha, limitación a la movilización del cuello. Trismus mandibular. Adenopatías laterocervicales bilaterales. Orofaringe con asimetría del paladar con tumefacción en lado derecho que desvía la úvula. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** TC: colección de 3 x 2,3 x 5,5 cm parafaríngea derecha, con defecto de repleción de vena yugular derecha, compatible con trombosis de la misma. - Evolución en resonancias: colección parafaríngea que va disminuyendo de tamaño. Trombosis parcial de la vena yugular. - Hemocultivo, serologías y cultivo del absceso: negativos. - TC 2 meses después: imagen residual del absceso; buena permeabilidad de ambas venas yugulares. - Estudio de trombofilias: homocigota para mutación del gen metilentetrahidrofolato-reductasa (MTHFR) y homocigota del gen inhibidor del activador del plasminógeno-1 (PAI-1). **Evolución:** Ingresa con antibioterapia endovenosa, corticoide y enoxaparina subcutánea con diagnóstico de síndrome de Lemierre tras resultado de las pruebas complementarias. Permanece con antibioterapia durante 5 semanas en total y es dada de alta con rivaroxaban, tratamiento con el que permanece, bajo control en consultas

por Hematología, hasta desaparición del trombo. **Conclusiones:** Se necesita un alto grado de sospecha del síndrome de Lemierre, puesto que actualmente es poco frecuente por el uso de antibioterapia en infecciones amigdalares y puesto que es potencialmente letal. - La clínica consiste en fiebre y odinofagia tras el antecedente de infección orofaríngea, y dolor en ángulo mandibular o en el trayecto del esternocleidomastoideo. - En este caso, existe mutación de los genes MTHFR y PAI-1, pero en muchos casos de síndrome de Lemierre, el estudio de trombofilias es negativo.

P-114

A PROPÓSITO DE UN CASO: PSORIASIS EN EL PEZÓN

Calaf Moya, G.; Balboa Ros, O.; Serra Molist, I.; Pavón Rodríguez, F.; Echasabal Vila, M.; Calabia Martínez, M.; Callicó Boix, B.; Gala Grado, F.J.; Giner Piqueras, A.; Pizarro Bonnin, D. - CASAP Can Bou, Castelldefels, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P114>

Introducción: Multitud de estudios demuestran el beneficio de la lactancia materna, por ello la importancia de realizar todas aquellas actividades necesarias para promoverla y mantenerla adecuadamente. Durante el periodo de lactancia pueden aparecer diversos problemas que produzcan dolor, malestar u otros signos que dificulten la continuidad de dicha lactancia. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea caracterizada por placas eritematosas y descamativas, crónica y recurrente, cuya prevalencia estimada en España es del 2,3 %. **Anamnesis:** Mujer de 34 años en periodo de lactancia de su 3^{er} hijo de 9 meses, que consulta por escozor, prurito y malestar en areola y pezón desde inicio de la lactancia y que no mejora con tratamiento con Miconazol y Elebionic®. Antecedentes personales de psoriasis en codos y rodillas. **Exploración clínica:** Se observa descamación y enrojecimiento de la piel de la areola y el pezón de ambos pechos. En la cavidad oral de la lactante no se observan anomalías. Se realiza cultivo de leche para descartar proceso fúngico y determinar si se trata de placa psoriática. Resultado: no se observa rastro de origen micótico. Se aíslan abundantes colonias de bacterias sin especificar. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras el fracaso terapéutico con antifúngicos, se plantea la posibilidad de psoriasis en el pezón y se prescribe hidrocortisona 1 % crema, con lavado con agua y jabón previo al amamantamiento. Los corticosteroides son un componente normal de la leche materna, con una concentración media de 7 µg/L. La exposición de los bebés a través de la leche es mínima, aunque debemos tener precaución con usos prolongados y con los de alta potencia que pueden. Se revalora a la paciente 7 días después de inicio de tratamiento objetivando mejora importante. **Conclusión:** Una anamnesis de antecedentes personales adecuada es clave para un correcto diagnóstico y tratamiento de la afectación.

P-115

CASO CLÍNICO: LACTANCIA MATERNA

Carmona Palma, E.; Frías Alegre, M.; Espuela Naranjo, V.; Tocados García, M.; Bonachera Ribas, A.; Sotskova, I.; Efemenco, D. - Centre Botafoc, El Vendrell, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P115>

Anamnesis: Lactante de 10 días de vida. Parto eutócico a las 41 semanas de gestación. APGAR 9/10/10. Cribado auditivo normal. Prueba de detección precoz sin alteraciones. Peso al nacer 3,120 kg, talla 48 cm, perímetro craneal 35 cm. Alimentado con lactancia

materna exclusiva. **Exploración clínica:** El paciente presenta frenillo sublingual tipo III posterior y retrognatia que interfieren en la lactancia. Se evalúa la toma al pecho, observándose signos de amamantamiento ineficaces como postura de la madre y el bebé incorrecta, agarre ineficaz, succión superficial y rápida, ruidos de chasquidos e irritabilidad del bebé. Durante el seguimiento del paciente presenta molestias abdominales recurrentes, observándose abdomen distendido y duro. Patrón de eliminación normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan dos intervenciones de frenectomía. La primera, a los 15 días de vida en el hospital de referencia; y la segunda, al mes de vida derivado a un hospital de tercer nivel. A su vez, se deriva a consulta de osteópata especializado en lactancia materna donde también realiza sesiones de reflexología podal para el manejo de los cólicos. Durante todo el seguimiento, el personal de enfermería pediátrica revisa y asesora a la familia en la consulta espontánea de lactancia materna. **Conclusiones:** Para una buena evaluación y manejo de la lactancia materna es importante una amplia colaboración de un equipo multidisciplinar que solvente y apoye estas dificultades cada vez más frecuentes. Es primordial la detección y el manejo precoz a fin de evitar un abandono de la lactancia materna.

P-116

DESHIDRATACIÓN HIPERNATÉMICA NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo San Esteban, A.; Iglesias Rodríguez, M.; Barbadillo Mariscal, B.; Melgosa Peña, M.; Ruiz Araus, A.; Oquillas Ceballos, A.; Tejero Pastor, L. - Hospital Universitario, Burgos, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P116>

Anamnesis: Neonato de 12 días de vida que acude a la primera consulta de revisión presentando una pérdida de peso del 20 % respecto al nacimiento. Refieren lactancia materna exclusiva cada 2-3 horas con disminución de la diuresis, hasta 3 diarias, además de ausencia de deposición en los últimos tres días. Sin signos de irritabilidad ni otra clínica acompañante. **Exploración física:** Destaca un regular estado general, tinte icterico mucocutáneo, ojeroso. Aspecto distrófico por escasa masa grasa y pliegue cutáneo redundante. Mucosas húmedas. Fontanela anterior deprimida. Neuroconducta tendente al sueño, hipoactivo, sin signos de irritabilidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la gasometría venosa, a su llegada, destaca una natremia de 163 mEq/L junto con glucemia de 32 mg/dL, objetivándose una deshidratación hipernatémica grave, probablemente asociada a ingestas escasas, por lo que se pauta una rehidratación intravenosa con reposición de pérdidas y se neuromonitoriza dado el riesgo de crisis durante la misma. Se realiza una corrección progresiva de la natremia durante tres días consiguiendo corrección el cuarto día de ingreso con aportes orales de lactancia mixta. Durante el ingreso se amplía el estudio realizando iones en orina, analítica sanguínea y ecografía Doppler cerebral, encontrándose todas ellas dentro de la normalidad. **Conclusiones:** Dada la ausencia de clínica que sugiera pérdidas aumentadas como vómitos o diarrea, así como la hipoglucemia inicial, se considera la escasa ingesta por hipogalactia materna como causa más probable de la situación clínica del paciente. Los problemas de lactancia se pueden detectar durante las primeras visitas al pediatra de Atención Primaria o al centro de salud. Por ello, debieran existir en revisiones programadas en todas las comunidades autónomas durante la primera semana de vida para poder evitar situaciones clínicas tan importantes como la previamente descrita.

P-117

ESTANCAMIENTO PONDERAL COMO CONSECUENCIA DE ÚLCERAS DE BEDNAR

Alcalde Alfonso, M.; Jiménez Montero, B.; Duque González, S.; Lechosa Muñiz, C.; Docío Pérez, P.; Gómez Arce, A.; Ramos Cela, M.; Méndez Sierra, A.; Pérez Miguel, M.; Roldán Pascual, N. - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P117>

Anamnesis y exploración física: Lactante de 3 meses que ingresa en planta de hospitalización ante estancamiento ponderal, consecuencia del rechazo de la ingesta en contexto de aftas orales de 3 semanas de evolución. Alimentado con lactancia materna desde nacimiento con buena curva ponderal. A los 2 meses de vida precisa suplementar con fórmula de inicio administrada con tetina. Valorado por su pediatra por irritabilidad y rechazo de tomas, a la exploración presenta dos aftas en paladar blando. Ante sospecha de úlceras de Bednar, indica tratamiento tópico con vitamina E y cambios de tetina, a pesar de los cuales persiste rechazo de ingesta, repercutiendo en el peso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante el ingreso se realiza despistaje infeccioso y autoinmune, se coloca inicialmente sonda nasogástrica y se pauta paracetamol y retirada del chupete. Valorado por Clínica de Lactancia, que refuerza la lactancia materna mediante corrección postural del paciente a semisentado, consiguiendo suficiente transferencia de leche como para lograr prescindir de suplementos con tetina. Finalmente, tras retirar el agente traumático, se consigue a las cuatro semanas resolución completa de úlceras, logrando ingestas adecuadas y ganancia ponderal. **Conclusiones:** El afta de Bednar es una úlcera oral de origen mecánico localizada en tercio posterior del paladar, generalmente bilateral. Relacionada con efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupetes durante la lactancia, favorecida por la posición horizontal del niño durante la misma y por succión constante. Puede cursar asintomática o como dolor e irritabilidad que pueden traducirse en dificultad para la alimentación. El diagnóstico diferencial más importante es el infeccioso y autoinmune. Es una entidad benigna cuyo tratamiento consiste en eliminar factores dañinos para la mucosa oral. La resolución suele ser completa en una a cuatro semanas, siendo importante conocerla para poder diagnosticarla y evitar tratamientos y pruebas innecesarias.

P-118

LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA MASTITIS MATERNA EN LA LACTANCIA

Lizárraga Navarro, L.¹; Cerezo Corredera, S.¹; Nuin Irujo, L.¹; Gallettebeitia Laka, I.²; García Ulazia, G.²; Olazar Gómez, L.².
¹Hospital de Cruces, Barakaldo, España; ²Centro de Salud de Gernika, Gernika-Lumo, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P118>

Los problemas relacionados con la lactancia materna (LM) son habituales en las primeras semanas de vida del recién nacido (RN). Es importante que el pediatra tenga conocimientos acerca de la LM y sepa detectar los problemas que pueden conllevar un fracaso en la instauración de la misma, como es el caso de la mastitis materna. La mastitis es una complicación común en la LM y puede contribuir a un fracaso precoz de la misma. Cada vez más autores defienden que no se trata de una patología aislada, sino más bien de un espectro cuya causa es multifactorial y la clínica muy variable, pudiendo presentar al inicio una mastitis inflamatoria y progresar a una bacteriana, precisando antibioterapia e intervención quirúrgica

en el peor de los casos. Así pues, es una patología que precisa un seguimiento estrecho. Presentamos el caso de un RN a término, sin antecedentes y con LM exclusiva instaurada desde el inicio. A los pocos días, la madre presentó una placa de celulitis en el pecho izquierdo que se detectó precozmente en Urgencias, y a pesar de antibioterapia adecuada, presentó una evolución tórpida. La mastitis afectó en la LM y el RN presentó un aplanamiento en el percentil del peso, precisando suplementación de las tomas. En resumen, el pediatra debe tener conocimientos sobre la mastitis, a pesar de ser una patología materna. Debe saber identificarlo precozmente y también conocer el manejo, para intentar prevenir la progresión de la enfermedad y la influencia negativa que puede conllevar en la lactancia y en el binomio madre-hijo, como en el caso descrito. El pediatra es el sanitario que más contacto establece con la familia en los primeros meses de vida del RN, y es por ello que debe saber identificar los problemas maternos que pueden afectar al paciente.

P-119

DOLOR ABDOMINAL CÓLICO... NO OLVIDEMOS LA PATOLOGÍA UROLÓGICA

Domínguez Cháfer, M.; Carrero Clemente, B.; Alonso Ortega, S.; Fraga Bilbao, F.E.; Miguel Heredero, A.; Figueroa Herrera, M.P.; Marín Viñuales, A.; Vera Ramos, G.; Escolano Díez, L.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P119>

Anamnesis: Varón de 2 años que presenta hematuria macroscópica, con análisis de orina normales, derivado a Nefrología. Al mes, acude de nuevo a Atención Primaria por dolor abdominal cólico en hipogastrio de tres semanas de evolución, acompañado de enrojecimiento facial y posición en cuclillas, que calma al orinar (realiza 15-20 micciones diarias). Asintomático entre episodios, salvo enuresis. **Exploración clínica:** En AP presenta uno de estos episodios, palpándose abdomen duro, con defensa, que, tras ceder el episodio, se vuelve blando y no doloroso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Ecografía abdomen: vejiga con repleción con divertículo en pared posterolateral derecha de 4,2 x 2,3 cm. Sin signos de uropatía obstructiva. - Cultivo orina: >100.000 colonias *Pseudomonas oleovorans*. - Urodinamia: vejiga de capacidad disminuida con altas presiones y detrusor hiperactivo. - Resonancia: vejiga distendida con paredes engrosadas y divertículo en pared posterior derecha de 2,4 cm, sugestiva de vejiga de lucha. **Evolución:** Acuden al urólogo inicialmente de forma privada, continuando seguimiento en nuestro hospital, que solicita ecografía abdominal e inicia tratamiento con oxibutinina-hidrocloruro sin mejoría, sustituyéndola por tolterodina y solicita urodinamia y resonancia, diagnosticando de divertículo vesical y vejiga hiperactiva. Se añade doxazosina al tratamiento, con mejoría del dolor, disminución de la frecuencia miccional y sin nuevas infecciones de orina. **Conclusiones:** El dolor abdominal es causa frecuente de consulta en AP y entre el diagnóstico diferencial debe estar la patología urinaria. - La poliuria, la enuresis y el dolor abdominal que calma con la micción, son síntomas muy sugestivos de vejiga hiperactiva y con la sospecha clínica se puede iniciar uroterapia estándar y, si persiste, iniciar farmacoterapia. La urodinamia se reserva para casos refractarios al tratamiento. - La hematuria macroscópica mantenida en el tiempo empuja a solicitar ecografía abdominal, que en nuestro caso resultó ser un divertículo, teniendo que descartar uropatía obstructiva con reflujo vesicoureteral que puede ocurrir en estos casos.

P-120

DOLOR TESTICULAR: CUANDO NO TODO ES ESCROTO AGUDO

Roldán Montero, A.I. - CS San Bartolomé, San Bartolomé, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P120>

Anamnesis: Niño de 9 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor testicular derecho de 3 días de evolución. No refiere fiebre, no cuadro catarral previo, no traumatismos recientes ni otra sintomatología asociada. **Exploración:** TEP estable, buen estado general, normohidratado, normocoloreado. Exploración genital: no edema, no eritema, no hematoma, no aumento de la temperatura local, no cambios tróficos. Ambos testes palpables en bolsa escrotal, reflejo cremastérico bilateral normal, Prens normal bilateral. A la exploración de la región posterior del teste derecho impresiona de tumoración de bordes mal definidos, dura, que no se moviliza con facilidad en planos profundos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante los hallazgos en la exploración se decide remitir al paciente al Servicio de Urgencias hospitalarias, donde se le realiza un eco Doppler testicular con las siguientes conclusiones: testículos de tamaño, morfología y ecoestructura dentro de la normalidad con vascularización conservada. Destacan múltiples nódulos sólidos heterogéneos y parcialmente mal delimitados a nivel del teste derecho, siendo el mayor de 9 x 6 mm, a valorar clínicamente. Sendos epidídimos de morfología normal sin lesiones expansivas ni cambios inflamatorios agudos. Ausencia de hidrocele ni varicocele bilateral. Sin otros hallazgos de interés patológico. Se solicitan marcadores tumorales como LDH, BHC y alfa fetoproteína que fueron informadas como normal y se programó de forma preferente para orquiectomía radical derecha sin complicaciones. Se envía pieza quirúrgica al Servicio de Anatomía Patológica, la cual fue informada como teratoma testicular o quiste epidermoide. **Conclusiones:** Los tumores testiculares, aunque no son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, sí se deben conocer los principales signos y síntomas de alarma, con el fin de realizar las derivaciones oportunas para su posterior filiación.

P-121

GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA, COMO COMPLICACIÓN EN UN PACIENTE CON ABSCESO PERIAMIGDALINO

Castro Valdeolmillos, S.; Domínguez González, L.M.
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P121>

Paciente de 5 años consulta por fiebre de 72 horas de evolución de hasta 38,8°C. Refiere intenso dolor a nivel laterocervical izquierdo y tumoración en dicha zona desde hace 24 horas. A su vez asocia orinas oscuras "color coca-cola" en al menos dos ocasiones sin clínica miccional. A la exploración se observa hipertrofia amigdalar izquierda grado III con impronta en pilar amigdalino anterior y secreciones pultáceas. No se objetivan edemas y la tensión arterial está en rango. Se solicita nasofibrolaringoscopia y tomografía computarizada cervical en la que se informa de la existencia de absceso periamigdalino que se drena. A su vez se realiza sistemático de orina en el que se objetivan 400 mg/dL de proteínas, 500 x 1/μL de leucocitos y 300 x 1/μL de hematíes y un sedimento con piuria y hematuria. Se solicita analítica en la que se constata un cociente proteína/creatinina elevado y un C3 y C4 bajos. La función renal está conservada. Ante la persistencia de la hematuria y urocultivo negativo, se solicita una ecografía renal en la que se informa de riñones de tamaño en el límite superior de la normalidad con mínima

desdiferenciación y leve cantidad de líquido libre. La evolución del paciente fue favorable con normalización de los valores del complemento en semanas posteriores. La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es la principal enfermedad glomerular en la edad pediátrica. Suele presentarse tras una infección estreptocócica y se manifiesta como un síndrome nefrítico caracterizado por la aparición de hematuria, macro o microscópica, hipertensión, edemas y oliguria. Es característico el descenso de C3 y C4. El tratamiento es sintomático y la evolución de esta enfermedad presenta un excelente pronóstico.

P-122

NOS QUEDAMOS CON EL PRIMER DIAGNÓSTICO O SEGUIMOS BUSCANDO...

Herrera Lazo, J.¹; García Fera, E.M.¹; Guerrero Cabana, E.M.¹; Bigorra Espejo, A.¹; Murillo Guerrero, D.². - ¹Línea pediátrica Viladecans, Viladecans, España; ²Hospital Martorell, Martorell, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P122>

Anamnesis: Paciente de 3 años de edad que acude al centro de Atención Primaria, por presentar fiebre de 39, 3º asociado a disuria de 24 h de evolución. **Exploración física:** A su llegada, triángulo de evaluación pediátrica estable. Auscultación normal con buena entrada de aire bilateral, otoscopia sin alteraciones, orofaringe sin alteraciones, no se palpan adenopatías dolorosas. Neurológico sin focalidad ni signos de meningismo. No lesiones dérmicas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza tira reactiva de orina, resultando alterada leucocitosis urinaria +++, hematuria+, y nitritos positivos. Se decide remitir al Servicio de Urgencias del hospital de referencia, donde realizan sedimento y urocultivo, confirmándose el resultado básico de orina, el sedimento leucocitos más de 30 por campo, bacterias +++, hematíes de 5 a 10 por campo, urocultivo *Escherichia coli* >10⁵ sensible a todos los fármacos. Desde el hospital se remite a domicilio con tratamiento de cefixima cada 24 h por siete días y seguimiento pediatra de referencia. A partir de ese día el paciente realiza recurrentes visitas al centro de salud y Urgencias del hospital por hematuria franca en contexto de infección de orina, por lo que se trataba con antibiótico oral, hasta que se diagnostica por ecografía litiasis renal derecha. **Conclusiones:** Ante un hallazgo de infección de orina y hematuria, hay que realizar un diagnóstico diferencial, y entre las posibles causas, la litiasis renal que no solemos considerarlo en pacientes pediátricos pequeños.

P-123

SÍNDROME NEFRÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luengo Mangas, A.¹; Pérez García, S.M.²; Muñoz Torres, M.¹; Partal Rodríguez, S.¹; Buzón Pérez, M.G.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P123>

Anamnesis: Paciente de 5 años, que acude a Urgencias derivado de su centro de salud (CS) por edemas generalizados de 6 meses de evolución, de aparición intermitente. Refiere ganancia de 3 kg en los últimos meses. En su CS le realizan tira reactiva de orina (TRO) con detección de hematuria y proteinuria, con medición de tensión arterial (TA) en percentil >99. Niega síntomas de carácter infeccioso en las semanas previas, así como alteraciones en la orina (no hematuria macroscópica ni orinas espumosas). No disminución de la diuresis. No presenta antecedentes personales ni familiares de nefropatía, ni se encuentra en seguimiento por ninguna enfermedad. No

alergias medicamentosas conocidas. Calendario vacunal actualizado. Exploración física sin hallazgos patológicos. No presenta edemas en ninguna localización en el momento actual. TA 118/77 (percentil 98). **Procedimientos diagnósticos:** - TRO: proteínas +++, eritrocitos ++. - Radiografía posteroanterior de tórax: sin hallazgos patológicos. - Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica (incluye iones, perfil renal y hepático y proteína C reactiva), con valores en rango de normalidad. - Controles de TA cada 2 horas durante su estancia en Urgencias. Dada la alteración del sedimento urinario y la clínica sugestiva de síndrome nefrítico, se ingresa en planta de hospitalización para estudio (donde se solicita orina de 24 h, y analítica sanguínea completa incluyendo proteinograma, autoinmunidad, inmunoglobulinas, complemento y serología, así como ecografía renal). **Conclusión:** El síndrome nefrítico puede comenzar de forma brusca, con fiebre, cefalea y dolor abdominal, o progresiva, con ganancia ponderal, edemas generalizados y astenia. Ante todo paciente con síntomas compatibles con sobrecarga de volumen hay que descartar un posible síndrome nefrítico, debiéndose realizar urianálisis como prueba inicial en el CS. Ante su sospecha, hay que derivar al hospital, debido al daño renal asociado, que puede llegar a ser grave en algunos casos.

P-124

ANILLOS VASCULARES: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

De Pablo García, M.; Jiménez Domínguez, A.; Escalona Gil, A.M.; Martín Galache, M.; Barajas Sánchez, M.V.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P124>

Anamnesis: Describimos dos casos de lactantes de 17 meses de vida (denominados A y B) diagnosticados de arteria innominada, subtipo de anillo vascular congénito. **Exploración física:** - A: dificultad respiratoria junto con hipofonesis basal derecha a la auscultación pulmonar. - B: dificultad respiratoria junto con ruidos de crepitantes dispersos y sibilancias a la auscultación pulmonar. **Procedimientos diagnósticos y tratamiento:** A: se completó estudio con Rx simple de tórax que mostró neumonía basal derecha y derrame paraneumónico. La paciente precisaría dos ingresos más, en las siguientes 48 y 96 horas, por episodios de dificultad respiratoria súbitos, y quejido, en un principio atribuidos al proceso neumónico. - B: episodios repetidos de broncoespasmo agudo y distrés respiratorio secundarios a infecciones respiratorias de vías altas con escasa respuesta a tratamiento broncodilatador de rescate. - A y B: se completa estudio con fibrobroncoscopia (destaca compresión extrínseca leve de la pared anteromedial traqueal) y AngioTC (colapso leve de la luz traqueal por compresión de arteria innominada). Ninguno de los pacientes precisó tratamiento dirigido. **Conclusiones:** El término *anillo vascular* se refiere a aquellas alteraciones del arco aórtico que suponen una compresión de la tráquea, el esófago o de ambos, produciendo todo un espectro de síntomas que en la mayoría de los casos resulta difícil identificar el origen del mismo. La mayoría de estos niños debutan con síntomas en los primeros meses de vida y aquellos más afectados requerirán intervención quirúrgica antes de los cinco años. Se estima una prevalencia poblacional de los anillos vasculares del 3 %, estando 2/3 de los mismos sin diagnosticar. Los síntomas respiratorios (90 %) suelen predominar sobre los gastroesofágicos: estridor, quejido, infecciones respiratorias de vías altas recurrentes y distrés respiratorio. Se hace necesario profundizar en el conocimiento de esta entidad para una correcta sospecha de la misma, evitando complicaciones mayores de estos pacientes.

P-125

CONOCIMIENTOS SOBRE ASMA DE PADRES Y MADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Gutiérrez Sánchez, A.M.¹; Rueda Esteban, S.². - ¹Centro de Salud El Soto, MADRID, España; ²Hospital Clínico San Carlos, MADRID, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P125>

Introducción: La educación del paciente asmático es un pilar básico en el manejo integral de la enfermedad, ya que reduce el riesgo de padecer una reagudización, aumenta su calidad de vida y disminuye costes sanitarios. En el caso de los niños, esta recomendación se extiende a sus familiares y otros adultos encargados de su atención. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento sobre asma de los padres de niños atendidos en una consulta de Atención Primaria (AP) y comparar el grado de conocimiento sobre asma entre padres no asmáticos y sin hijos asmáticos (grupo 1) y padres asmáticos y/o con hijos asmáticos (grupo 2). **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y de cohortes, mediante encuestas de conocimientos sobre asma, utilizando el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), cumplimentadas por padres de niños atendidos en una consulta de Pediatría de AP. Las encuestas fueron realizadas entre diciembre de 2022 y marzo de 2023. **Resultados:** Se recogieron 118 cuestionarios (50 % grupo 1 y 50 % grupo 2). El 71,2 % fueron cumplimentados por madres y el 28,8 % por padres. La edad media de los encuestados fue de 41,02 ± 5,85 años. La puntuación media en el NAKQ fue de 19,76 ± 2,93 puntos. No se encontró relación significativa entre la calificación NAKQ y la edad, sexo, formación académica y formación recibida sobre asma de los encuestados. La puntuación NAKQ obtenida por el grupo 2 fue superior a la del grupo 1 (20,36 ± 2,99 versus 19,17 ± 2,77 puntos, respectivamente, p = 0,027); se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas 10, 11, 12 y 19. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre asma de nuestros encuestados fue superior comparado con otros estudios realizados en el ámbito hospitalario o escolar. El grupo de padres asmáticos y/o con hijos asmáticos obtuvo mayor puntuación en el NAKQ. Sin embargo, en ambos grupos se detectaron aspectos deficitarios que podrían mejorar mediante una intervención educativa en AP.

P-126

CRISIS ASMÁTICA GRAVE COMPLICADA CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASTINO EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR ADENOVIRUS, CORONAVIRUS HKU1 Y RINOVIRUS

Cabello García, M.; De Los Reyes Castellanos, B.; Rueda Ramírez, C.; Reyzabal Ereño, E.; Pareja Grande, J.; García Cabezas, M.Á. - Hospital General Universitaria Ciudad Real, Ciudad Real, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P126>

Anamnesis: Niño de 2 años, asmático conocido, que presenta aumento de tamaño del tórax y dificultad respiratoria de 12 horas de evolución. Asocia tos leve y dolor torácico desde hace 3 días. No refiere traumatismo ni procedimientos dentales recientes. **Exploración física:** Presenta saturación de oxígeno de 96 % con gafas nasales (GN) convencionales a 2 litros (lpm), taquipnea, tiraje subcostal e intercostal moderado y crepitación a nivel facial, cervical, torácico y dorsal, junto con una auscultación pulmonar donde destaca una hipoventilación bilateral con sibilancias aisladas. **Procedimientos diagnósticos:** Se realiza una radiografía de tórax, evidenciándose enfisema subcutáneo a nivel cervical y torácico bilateral, junto con neumomediastino, sin asociar imágenes de condensación ni

neumotórax ni derrame. **Procedimientos terapéuticos:** Se decide ingreso en UCIP para iniciar soporte respiratorio con mascarilla reservorio a 11 lpm y administrar salbutamol nebulizado y metilprednisolona y azitromicina intravenosos. Mantiene dicho soporte durante 7 horas, permitiendo descenso progresivo a GN de alto flujo (5 lpm, FiO₂ máxima 0,3) que mantiene durante 30 horas, para pasar, posteriormente, a GN convencionales a 2 lpm, presentando saturaciones de oxígeno normales, tiraje subcostal leve-moderado y auscultación pulmonar con buena entrada de aire bilateral con sibilancias dispersas y subcrepitantes aislados. Tras 48 horas, continúa tratamiento en Planta con salbutamol inhalado y prednisolona oral, presentando mejoría clínica y radiológica progresiva, con disminución del trabajo respiratorio y sibilancias, y desaparición del enfisema subcutáneo, permitiendo descenso de oxigenoterapia, aunque persistiendo crepitantes en plano posterior derecho y necesidad de oxígeno suplementario nocturno al alta. **Conclusión:** La exacerbación del asma parece ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfisema subcutáneo y neumomediastino, pudiendo manejarse con oxigenoterapia, corticoides y broncodilatadores, a menos que una complicación requiera el uso de procedimientos invasivos, y presentando una evolución favorable si se consigue un control adecuado del asma.

P-127

TRAS LA TOS CRÓNICA: UN PROCESO POTENCIALMENTE GRAVE

Rosales Fernández, M.M.; Ceballos Ortega, M.I.; Gutiérrez Parejo, R.; González Román, V.; Rivera Sánchez, E.; Cabrera Corral, C.; Villatoro Leiva, E. - Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P127>

Anamnesis y exploración clínica: La bronquitis bacteriana persistente es una infección crónica del epitelio bronquial causada por bacterias comunes de las vías respiratorias superiores, generadoras de biofilms bacterianos responsables de la cronicidad. Produce tos húmeda sin dificultad respiratoria con respuesta inflamatoria neutrofílica persistente. Presenta una incidencia de casi el 12 % en la población pediátrica. Escolar de 7 años con tos persistente de duración mayor a 4 semanas con componente húmedo. No antecedentes personales ni familiares de interés. Sin proceso intercurrente. **Exploración física:** Normal con leve rinorrea y ligeros crepitantes dispersos bilaterales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Por la característica húmeda de la tos se decide cultivo de muestra de esputo extraída en su centro de salud, con resultado positivo para *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pneumoniae*, junto a radiografía de tórax, que no muestra imágenes patológicas. Se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina a dosis de 80 mg/kg/día durante dos semanas. Posteriormente se reevalúa a la paciente y se observa completa desaparición de la sintomatología y del componente húmedo de la tos. Se realiza nuevo control de cultivo de esputo, con resultado negativo. Se pautan citas programadas en su centro de salud para seguimiento controlado y nueva toma de esputo en caso de reaparición de los síntomas. **Conclusiones:** La sospecha diagnóstica y un tratamiento antibiótico adecuado precoz producen la desaparición de los síntomas y aumenta la calidad de vida del paciente. Es importante no retrasarnos en el diagnóstico, pues conlleva la evolución hacia enfermedad supurativa bronquial y aparición de bronquiectasias. Las recaídas son frecuentes, sobre todo en niños con patologías de base. Puede confundirla con asma, pero la respuesta al tratamiento antibiótico disipa las dudas. Hay un daño que es más importante en un pulmón inmaduro y en crecimiento de un niño comparado con un adulto.

P-128

UNA LARINGITIS CON SORPRESA: NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO

Morales Moreno, A.J.¹; Alonso Ferrero, J.²; Salgado Valencia, S.³; Aldana Villamañán, I.¹; Fernández González, S.¹; López Allúe, L.¹; Uribe Reina, M.P.¹; Infante López, M.E.¹; Bermúdez Barrezueta, L.C.¹; Centeno Malfaz, F.². - ¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ²Pediatra en SACYL y Hospital Campo Grande, Valladolid, España; ³Hospital Campo Grande, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P128>

Anamnesis: Escolar de 5 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias Pediátricas por tos laríngea persistente, disnea, dolor cervical y torácico que aumenta con la movilización de 5 horas de evolución. Afebril. No refieren atragantamiento ni traumatismos previos. La semana previa presentó una laringitis leve tratada con prednisolona oral de forma ambulatoria. **Exploración clínica:** Buen estado general. Aumento del diámetro cervical con dolor a la movilización y crepitación a la palpación desde cuello hasta parrilla costal derecha. Auscultación cardiopulmonar: hipoventilación del hemitórax derecho. No distrés ni tiraje. Presenta mucosidad y rinorrea clara, no babeo. Tos laríngea sin estridor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha diagnóstica de enfisema subcutáneo, se realiza radiografía simple de tórax donde se objetiva enfisema subcutáneo cervical bilateral, región axilar derecha y signos indirectos de neumomediastino circundante a silueta cardíaca. En TAC torácico: neumomediastino extendido cervical anterior con signos de disección de espacios peribroncovasculares y atelectasia completa del lóbulo medio derecho, sin cuerpo extraño. Panel de virus respiratorios: parainfluenza 4. Analítica y gasometría venosas anodinas. Ante la estabilidad del paciente, se inicia oxigenoterapia en gafas nasales con FiO₂ 100 % a 2 lpm, analgesia, reposo, se continúa corticoterapia sistémica con nebulizaciones de salbutamol y adrenalina y se inicia amoxicilina-clavulánico por riesgo de neumonía aspirativa. El paciente permanece ingresado una semana y presenta buena evolución clínica y radiológica, desapareciendo por completo el enfisema subcutáneo. **Conclusiones:** Es importante realizar un diagnóstico precoz ante la sospecha de enfisema subcutáneo y neumomediastino, ya que pueden entrañar patologías potencialmente graves que impliquen una emergencia como el taponamiento cardíaco o la mediastinitis. El tratamiento suele ser conservador con vigilancia estrecha y analgesia. Se puede ofrecer soporte respiratorio hasta la resolución del cuadro.

P-129

“MAMÁ, ME DUELE LA CABEZA»

Muñoz Torres, M.; Gran Vargas, I.; Fernández Fuentes, C.; Luengo Mangas, A. - Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P129>

Niña de 9 años que consulta por cefalea frontoparietal opresiva de predominio vespertino de meses de evolución con buena respuesta a analgésicos. En ocasiones le despierta por la noche. Presenta vómitos durante las crisis, sin fotofobia ni sonofobia. Asocia visión borrosa de ojo derecho. No existen antecedentes personales reseñables. La madre padece crisis migrañosas desde la adolescencia. En la exploración física se visualizan 7 manchas café con leche, todas de tamaño mayor a 1,5 cm. La exploración neurológica es normal, sin focalidad ni signos meníngeos. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Escala de

Glasgow: 15/15. Resto de la exploración física por aparatos normal. Se deriva a Oftalmología para valoración de la agudeza visual y fondo de ojo, descartándose patología oftalmológica. También se deriva a la paciente a Neurología que indica la realización de una resonancia magnética por sospecha de glioma óptico. Se visualiza una dudosa lesión en divus y una lesión en la punta del peñasco derecho que sugiere un colesteatoma congénito. Se considera necesario correlacionar el estudio con un TAC de peñasco que descarta alteraciones patológicas. Ante la posibilidad de neurofibromatosis tipo I, trastorno hereditario que cursa con tumores de tejidos nerviosos (neurofibromas) y manchas café con leche, se solicita estudio genético. A propósito de este caso, pretendo incidir en que, a pesar de que la mayoría de las cefaleas en los niños son benignas y no necesitan ningún estudio ni tratamiento especial, es importante reconocer las características que nos deben hacer pensar en profundizar en el diagnóstico: dolor intenso que no responde a analgésicos y/o despierta al niño por la noche; si aparece fiebre y/o vómitos de repetición; si el paciente se encuentra más adormilado de lo habitual o si ve mal, presenta dificultad a la movilización de miembros, camina o habla con dificultad.

P-130

¡PÉRDIDA DE CONCIENCIA EN TRIAJE!

Sánchez Durán, M.Á.; Mateos Torre, P.; Erroz Ferrer, M.; Mesa Helguera, S.; Campo De La Fuente, M.; Álvarez García, J.; López Fernández, L. - Hospital de Navarra, Pamplona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P130>

Anamnesis: Niño de 9 años que mientras está siendo evaluado en triaje de Urgencias de Pediatría por lesiones urticariformes, presenta pérdida súbita de nivel de conciencia y rigidez tónica generalizada con extremidades en extensión y supravversión de la mirada. **Exploración física y procedimientos:** TEP inestable (shock descompensado), por lo que se coloca mascarilla reservorio, se extrae analítica y gasometría (normales) y, ante sospecha de anafilaxia, se administra adrenalina intramuscular. Menos de un minuto después, recupera completamente la conciencia y el tono normal. Exploración física y neurológica anodina. Se realiza un electrocardiograma: bloqueo incompleto de rama derecha sin otras alteraciones. Historiando a su madre refiere aparición progresiva de lesiones dérmicas hace 8 horas. También comenta episodio de pérdida de conciencia similar hace 6 meses. Se plantea, por tanto, el diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y síncope convulsivo. Preguntando al paciente sobre el episodio, explica que antes de llegar al hospital se encontraba nervioso y con miedo por el posible diagnóstico de alergia. En triaje reconoce sentirse raro, con náuseas y posteriormente dolor abdominal y mareos (ya cedidos) hasta que se produjo la pérdida de conocimiento. Le recuerda al episodio previo. Teniendo en cuenta los pródromos, la recuperación rápida completa sin periodo postcrítico y la normalidad en la exploración física y pruebas complementarias, sin acidosis respiratoria en la gasometría, se diagnostica de síncope convulsivo y se da de alta con constantes en rango. Se realiza interconsulta a Cardiología pediátrica por recurrencia de episodios. **Conclusiones:** - Es importante realizar el diagnóstico diferencial de crisis: no todas son de etiología epiléptica. - Los pródromos y la ausencia de periodo postcrítico orientan hacia el síncope convulsivo como causa. - Conocer y distinguir estas entidades redundará en un mejor manejo de los pacientes en cuanto a tratamiento, evitando pruebas complementarias (electroencefalograma) y derivaciones innecesarias.

P-131

CEFALEA Y DIPLOPÍA. UN DIAGNÓSTICO INUSUAL

García Suárez, L.C.¹; Guerrero González, M.²; López García, A.M.³; Álvarez Sousa, M.T.¹. - ¹Centro de Salud de Gran Tarajal, Gran Tarajal, España; ²Hospital General de Fuerteventura, Puerto del Rosario, España; ³Centro de Salud de Pravia, Asturias, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P131>

Anamnesis: Varón de 13 años que consulta por cefalea temporal y orbitaria izquierdas con parestesias en el labio superior, en contexto de un cuadro de rinorrea, fiebre y mal estado general. Se diagnostica de sinusitis y se inicia amoxicilina-clavulánico. La cefalea aumenta progresivamente de intensidad, llegando a despertarlo por la noche, a pesar de ibuprofeno y flunarizina. Al mes, desarrolla una diplopía binocular horizontal, por lo que se decide ingreso. **Exploración:** Buen estado general. PA 126/77 mmHg. FC 77 lpm. Parálisis del VI par izquierdo, compromiso de V2 y V3 del trigémino. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan una RMN y una TC craneales con contraste: normales. Se administran bolos de metilprednisolona, con descenso oral posterior. Los síntomas casi desaparecen con los esteroides, reiniciando cefalea y una diplopía vertical al llegar a la dosis de 10 mg/día. Se repite la RMN craneal con contraste en la que se objetiva inflamación de los músculos recto inferior y lateral izquierdos, que se extiende hasta el ápex orbitario y el margen anterior del seno cavernoso ipsilateral. Analíticas seriadas normales, sin elevación de reactantes de fase aguda. Proteinograma, estudio microbiológico y de autoinmunidad: negativos. **Conclusiones:** El síndrome de Tolosa Hunt es una enfermedad rara que se caracteriza por una oftalmoplejía con inflamación idiopática del seno cavernoso y de la órbita. Asocia cefalea y parálisis del III, IV, V y/o VI pares, generalmente unilaterales. Es diagnóstico de exclusión, por lo que es importante realizar un minucioso diagnóstico diferencial. La resolución suele ser espontánea en unas 8 semanas, lo que no ocurrió en nuestro paciente. La respuesta al tratamiento con esteroides habitualmente es espectacular (24-72 horas). El curso es benigno, pero se describen recidivas hasta en la mitad de los casos. Si el curso es tórpido, se recomienda reevaluar el diagnóstico.

P-132

CONVULSIONES FEBRILES DE REPETICIÓN. ¿EN QUÉ DEBEMOS PENSAR?

Gómez Anca, S.; Figueroa Real De Asua, I.; Corral Roso, P.; De Miguel Cáceres, C.; Velázquez Fragua, R.; García Romero, M.M.; López Sobrino, G.; Tirado Requero, P.; Fernández García, M.Á. - Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P132>

Anamnesis: Niño de 2 años con antecedente de convulsiones febriles cada 2-3 meses. Primer episodio con 4 meses, como episodio focal secundariamente generalizado de 5 minutos de duración. Posteriormente, convulsiones generalizadas o focales secundariamente generalizadas con/sin desconexión del medio. Antecedentes familiares de consanguinidad y tía materna con epilepsia. **Exploración física:** Sin alteraciones y exploración neurológica normal en controles iniciales, retraso del desarrollo desde los 12 meses (marcha inestable, a los 18 meses no responde a órdenes, no atento al entorno, no juego propositivo, estereotipias). **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras los primeros episodios, se realiza electroencefalograma con paroxismos aislados frontales parasaguales; posterior monitorización vídeo-EEG sin alteraciones. RM cerebral con ampliación de espacio extraaxial frontotemporal, sin otras alteraciones. Los estudios

etiológicos de los procesos febriles aislaron virus respiratorio sincitial y parechovirus (en primer episodio) y COVID-19 (en segundo episodio). Tras año y medio de crisis en contexto febril, se solicita panel genético de encefalopatías epilépticas, identificándose variante patogénica en gen SCN1A (p.Arg1892*), asociada a síndrome de Dravet (SD). Tratamiento inicial con Levetiracetam, cambio posterior a ácido valproico y clobazam. Tras confirmación de SD se añade estiripentol. **Conclusiones:** El SD es una encefalopatía epiléptica y del desarrollo, manifestada típicamente como convulsiones febriles en primera infancia (edad media de inicio de crisis: 6 meses). Desarrollo normal inicial, pero evoluciona a retraso psicomotor y epilepsia refractaria con múltiples tipos de crisis (tónico-clónicas, focales, mioclónicas, ausencias). El diagnóstico de confirmación es genético. El tratamiento recomendado incluye ácido valproico como antiépiléptico de primera línea, clobazam, estiripentol, fenfluramina y cannabidiol. Es importante sospechar el síndrome de Dravet en pacientes con convulsiones febriles de repetición, particularmente ante signos de regresión psicomotriz, diferentes tipos de crisis, crisis atípicas o inicio de crisis sin fiebre. La disponibilidad de nuevas opciones terapéuticas enfatiza la necesidad de un diagnóstico precoz.

P-133

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA ¿SIEMPRE ES UN EPISODIO AISLADO?

Caballero Estupiñán, E.; Díaz Hernández, L.; Bolaños Alzola, A.; García Suárez, Z.; Ageno Alemán, H.; Perera Hernández, C.; Rodríguez Benítez, C.; Mata Pérez, C.N.; Gómez Roda, F.; Soult Escalante, J. - Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P133>

Anamnesis: Niña de 8 años, sin antecedentes de interés, que tras 7 días de un episodio de catarro de vías altas, sin fiebre, presenta un cuadro de inestabilidad de la marcha con ataxia y debilidad en hemicuerpo derecho, con empeoramiento a las 24 horas, apareciendo somnolencia, lenguaje lento, disártrico y parálisis facial derecha. **Exploración:** Afebril. Constantes normales. Vigil y conectada. Bradipsíquica, lenguaje disártrico, parálisis facial central derecha, disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho 4/5 con reflejos exaltados, hipotonía axial y marcha inestable sin lateralización clara. Resto de exploración por aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos/terapéuticos:** Se decide ingreso hospitalario y se realiza TAC craneal, tóxicos en orina, analítica sanguínea completa, serologías y estudio del líquido cefalorraquídeo, siendo todo normal salvo bandas oligoclonales positivas en el líquido. En los potenciales evocados y electroencefalograma se objetivan signos de neuropatía óptica desmielinizante en ojo derecho y encefalitis. Se realiza resonancia craneal y medular objetivándose múltiples lesiones bilaterales en sustancia blanca hiperintensas en T2. Tras la instauración de corticoterapia, la evolución fue positiva con completa recuperación de la clínica. Se decide alta con diagnóstico de encefalomyelitis aguda diseminada y neuritis óptica. Durante el seguimiento, la paciente se mantiene asintomática, pero en las resonancias de control se detectan nuevas lesiones con actividad en diversas regiones, estableciéndose el diagnóstico de esclerosis múltiple e iniciándose tratamiento inmunomodulador con evolución favorable. **Conclusiones:** Ante un cuadro de alteración difusa del sistema nervioso central, debemos ser capaces de identificar signos de alarma y saber cuándo derivar. Además, ante un primer episodio agudo compatible con alteración en sustancia blanca, es muy importante asegurar un seguimiento clínico y radiológico adecuado, ya que este puede ser la manifesta-

ción inicial de una patología crónica (esclerosis múltiple) que hace necesario un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir secuelas y la progresión hacia la discapacidad.

P-134

EPISODIOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS, UN MOTIVO FRECIENTE EN CONSULTAS DE PEDIATRÍA

De La Fuente Sánchez, L.; Silva Caparrós, N.; Montes Araujo, P.D.C.; López Lozano, M.J. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P134>

Paciente de 10 meses en seguimiento desde los 4 meses y medio en Rehabilitación por tortícolis congénita, con tendencia a la inclinación cefálica a la izquierda, percibida por su pediatra desde Atención Primaria. A la exploración inicial, la actitud espontánea en sedestación era con tendencia a la inclinación cefálica a la izquierda, pero no se palpaban tumoraciones ni aumento de consistencia del esternocleidomastoideo. Presentaba limitación a la rotación derecha activa, por lo que se inició tratamiento con fisioterapia. Desde la consulta de revisión de Rehabilitación tras 4 meses se observa mejoría de la movilidad cervical, sin embargo es derivada para valoración por Neurología Pediátrica por episodios recurrentes en los que de forma brusca y repentina comienza con lateralización del cuello y presenta vómitos asociados. Durante los episodios, la madre refiere que "se le ponen los ojos como si estuviera mareada", sin pérdida de consciencia en ningún momento ni otra sintomatología asociada. Los episodios tienen una duración que oscila entre media hora y varias horas, con recurrencia de los mismos hasta en 6-7 ocasiones, siempre de las mismas características. A la exploración, solamente destaca discreta postura con laterocolli hacia la derecha. Resto de la exploración neurológica y por aparatos sin alteraciones, con desarrollo psicomotor acorde a su edad. Dada la clínica compatible de la paciente, se diagnostica como tortícolis paroxístico benigno del lactante. El tortícolis paroxístico benigno del lactante es una distonía transitoria poco frecuente caracterizada por aparición de episodios recurrentes de tortícolis en los primeros meses de vida. Se trata de un proceso autolimitado, con diagnóstico clínico, que se resuelve espontáneamente en la infancia media, aunque en algunos casos los pacientes pueden evolucionar posteriormente hacia un vértigo paroxístico benigno o una migraña.

P-135

ESPERA, QUE NO PUEDO ANDAR

Zamora González, N.¹; Tríguez García, M.²; Martínez Del Pozo, C.².
¹Centro de Salud Venta de Baños, Venta de Baños, Palencia, España;
²Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P135>

Caso clínico: Niña de 5 años, consulta por episodios de disartria y temblores en piernas con pérdida de equilibrio de corta duración (1 minuto), en contexto de infecciones, sustos, estrés, falta de sueño y, en ocasiones, sin desencadenante identificable. Le sucede desde hace un año, cada 2-3 meses y cuando le ocurre son uno o varios episodios agrupados. Entre episodios, exploración física normal. **Antecedentes:** La madre presenta episodios de temblor, bloqueo y lentitud de movimientos desde la infancia en relación con estrés, nerviosismo, escaso descanso nocturno y bebidas excitantes, que prácticamente han desaparecido en edad adulta y fue diagnosticada de probable ataxia hereditaria familiar sin estudio genético. Abuelo materno y ascendentes más lejanos también recuerdan episodios

similares desde la infancia/juventud. **Pruebas diagnósticas:** Analítica completa normal. Estudio genético: alteración patogénica en el gen KCNA1 en heterocigosis, relacionada con ataxia episódica tipo 1. No se inicia ningún tratamiento por el momento. Se recomienda estudio genético familiar. **Conclusiones:** La ataxia episódica familiar es una enfermedad autosómica dominante que se produce por una variación en el gen KCNA1, que afecta a los canales de potasio. Es poco frecuente (<1/100.000) y tiene 7 variantes, siendo las más comunes los tipos 1 y 2. La clínica consiste en episodios recurrentes de pérdida de coordinación y equilibrio, que pueden acompañarse de visión borrosa, disartria, vértigo, acúfenos, náuseas, vómitos, debilidad muscular, hemiplejía, convulsiones y mioquimia. El tratamiento en la ataxia episódica tipo 1 y 2 puede realizarse con anticonvulsivantes como carbamacepina, ácido valproico y acetazolamida, siendo generalmente más efectivos en el tipo 2. En este caso no se ha considerado iniciar tratamiento, ya que son episodios cortos que solo asocian disartria. Sería conveniente hacer un estudio genético familiar para comprobar si es una variante heredada o de novo, dado que varios familiares presentan o han presentado sintomatología similar.

P-136

LAS CEFALEAS NO SIEMPRE SON TENSIONALES

Acebes Puertas, R.¹; Arroyo Romo, M.T.²; López Rojo, M.²; Fierro Urturi, A.M.²; Sanz Fernández, M.²; Cancho Soto, M.T.¹; Grande Álvarez, M.R.³. - ¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España; ²Centro de Salud Pisuerqa, Arroyo de la Encomienda, España; ³Centro de salud Valladolid rural II, Zaratán, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P136>

Anamnesis: Niña de 7 años sin antecedentes familiares ni personales relevantes, salvo asma leve intermitente, que presenta desde hace 3 meses cefaleas (unos 2 episodios semanales), preferentemente vespertinos, aunque aparecen a cualquier hora del día. No le despiertan. Holocraneales, dolor opresivo que cede con analgésicos (paracetamol o ibuprofeno). No presenta aura, fotofobia ni fonofobia. No otros síntomas. No cambios en el humor ni en la personalidad. **Exploración física:** Peso: 24,2 kg (p56, 0,16 DE). Talla: 123,4 cm (p72, 0,59 DE). IMC: 15,89 % (p39, -0,28 DE). Superficie Corporal: 0,91 m². Buen estado general. Bien nutrida e hidratada. No exantemas ni petequias. No adenopatías patológicas. Auscultación cardiopulmonar, abdomen, otoscopia y orofaringe normales. Genitales externos femeninos prepuberales y normales. Exploración neurológica normal. **Procedimientos diagnósticos:** - Agudeza visual normal. - Fondo de ojo: papiledema bilateral. - Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, PCR, hormonas tiroideas y metabolismo calcio-fósforo normales. - TAC y RNM craneal: normales. - Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) normal con medida de presión de 30 cmH₂O (elevada). **Diagnóstico:** Hipertensión intracraneal benigna o pseudotumor cerebri. **Tratamiento:** - Punción diagnóstica evacuadora de 25-30 ml de LCR. - Acetazolamida a 25 mg/kg/día en 3 dosis diarias. Buena respuesta con desaparición progresiva del papiledema y disminución progresiva del fármaco hasta su retirada en 9 meses. **Conclusiones:** - Las cefaleas recurrentes sin una causa desencadenante deben seguirse y descartar siempre patología orgánica. - El diagnóstico es fundamentalmente clínico y una valoración oftalmológica inicial es fundamental. - Ante una HTIC benigna debemos descartar factores desencadenantes: obesidad, fármacos... - El Pediatra de Atención Primaria, con una adecuada anamnesis y exploración física, puede establecer una correcta sospecha diagnóstica en las cefaleas infantiles, una patología muy prevalente actualmente.

P-137

LO QUE LOS "TICS" ESCONDEN

Martínez García, A.; García-Navas Núñez, V.D.; Macías López, N.; Ulecia Cantero, R.; Gallego Cortés, F.J.; Begines Tirado, M.; Álvarez Fernández, J.; Pavón Jiménez, S.; Alfonso Tena, N. - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P137>

Anamnesis: Niña de 12 años que consulta por presentar dos crisis epilépticas (CE) afebriles de semiología generalizada, mientras jugaba con su hermano en el patio al mediodía. Antecedente de crisis febril típica a los 19 meses, neurodesarrollo normal. No antecedentes familiares de interés. Además, la madre refiere que coincidiendo con el confinamiento por pandemia COVID-19, comenzó a presentar episodios diarios en los que buscaba intencionadamente la luz, seguidos de parpadeo ocular, desviación de la mirada y automatismos manuales. Habían sido interpretados como "tics" o "manías". No otros datos de interés. **Exploración clínica:** Exploración física y neurológica sin alteraciones, constantes normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea, electrocardiograma, tóxicos en orina y resonancia magnética cerebral: sin alteraciones; electroencefalograma (EEG) de vigilia: anomalías epileptiformes de carácter generalizado, facilitadas por la hiperventilación y marcadamente por la estimulación lumínica intermitente (ELI). Diagnóstico: síndrome de Jeavons. Actitud: se inicia tratamiento con levetiracetam, se recomienda usar gafas solares para evitar la fotosensibilidad asociada. Evolución posterior favorable. **Conclusiones:** El síndrome de Jeavons es considerado una epilepsia generalizada idiopática, cuya tríada característica consiste en: mioclonías palpebrales con o sin ausencias, inducidas por el cierre ocular en ambiente luminoso, EEG con patrón polipunta-onda generalizada y respuesta fotoparoxística en ELI. Pueden aparecer crisis tónico-clónicas generalizadas, que frecuentemente llevan a sospechar el diagnóstico, ya que las mioclonías palpebrales suelen pasar inadvertidas al ser breves e interpretadas como trastorno paroxístico no epiléptico. Los episodios que nuestra paciente se autoinducía buscando la luz, de larga evolución, fueron interpretados como manías sin importancia. A su vez, fueron la clave para realizar un diagnóstico electro-clínico concreto. La ausencia de variación en forma e intensidad de estos episodios, en una situación concreta, y desencadenados por estímulo luminoso, en contexto de adolescente con CE generalizadas, hizo sospechar que los episodios interpretados como tics fueran CE reflejas.

P-138

LO QUE SE ESCONDE BAJO UNA CABEZA GRANDE

Esteban Romero, A.; De Miguel Cáceres, C.; Pérez Villena, A.; García, A.; Ruiz, M. - Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P138>

La hidrocefalia obstructiva es una causa frecuente de hipertensión intracraneal en el lactante, que sin tratamiento tiene una supervivencia muy pobre, pero con tratamiento asciende al 95 %. Ante datos clínicos o físicos de hipertensión intracraneal (irritabilidad, cefalea, vómitos, fontanela abombada, aumento progresivo del perímetro cefálico (PC), ojos en sol naciente o tríada de Cushing) es necesaria la realización de una prueba de neuroimagen. Se define como macrocefalia a un perímetro craneal de más de 2,5 desviaciones estándar. La mayoría de las causas son benignas. **Caso clínico:** Lactante de 4 meses sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por un vómito proyectivo abundante tras

la toma, posteriormente presenta cianosis peribucal e hipotonía generalizada, sin responder a estímulos, con somnolencia asociada, durante 40 minutos. Al llegar a Urgencias realiza pico febril (38,3°C). Constantes: TA 106/69, FC 140, sat 99 % En la exploración neurológica presenta de manera intermitente infraversión de la mirada con apertura ocular aumentada (ojos en sol naciente), pupilas isocóricas normorreactivas y fontanela a tensión. Se objetiva PC p>99 (medición de PC a los 2 meses de edad p62). Se realiza ecografía transfontanelar donde se evidencia marcado aumento de tamaño de los ventrículos laterales y tercer ventrículo con moderado efecto masa, por lo que se traslada a hospital de referencia con UCIP. Analítica de sangre anodina. A su llegada, se realiza resonancia craneal en la que se objetiva hidrocefalia tetraventricular con edema transpendimario y posible quiste de Blake como causa. Es intervenida de forma urgente para implantar derivación ventrículo-peritoneal. Estudio infeccioso negativo. **Conclusiones:** Un aumento rápido de perímetro cefálico en un lactante debe hacer sospechar la presencia de una hidrocefalia, por lo que es necesario tenerlo como sospecha diagnóstica y buscar los signos de alarma de esta entidad para poder realizar un adecuado diagnóstico mediante una prueba de neuroimagen.

P-139

LUMBALGIA CON DATOS DE ALARMA; LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICARLA COMO PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Muñoz Torres, M.¹; Gran Vargas, I.¹; López Marcos, M.²; Fernández Fuentes, C.¹. - ¹Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud La Candelaria, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P139>

Niña de 11 años que acude a su centro de salud por parestesias y pérdida de fuerza a nivel de ambos miembros inferiores y glúteos que imposibilita la deambulación. Desde hace una semana presenta dolor lumbar irradiado a parrilla costal que responde parcialmente a analgésicos. Hace tres días inicia fiebre de 39,5°C. Hoy inicia la clínica neurológica por la cual consulta. Coincidiendo con el episodio presenta dificultad para la emisión de deposiciones y urgencia miccional, sin pérdida de control de esfínteres. Como antecedente personal destaca el padecimiento de una infección respiratoria banal hace tres semanas. Su hermano menor padece de un síndrome epiléptico y sus padres son sanos. En la exploración neurológica destaca una pérdida de fuerza simétrica de ambos miembros inferiores, con arreflexia patelar y aquilea e hipoestesia a partir de la región umbilical. Presenta imposibilidad para la flexión lumbar completa y un signo de Lasegue positivo. Resto de la exploración física por aparatos normal. Se decide derivar a la paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde se realiza una resonancia magnética dorsolumbar que revela un absceso epidural posterior dorsal (desde D7 hasta D10) con importante compresión medular a dicho nivel. Se administra corticoterapia y antibioterapia intravenosa y se contacta con Neurocirugía que procede a la evacuación urgente del mismo y posterior laminoplastia. En el cultivo del líquido crece un *Staphylococcus aureus* meticilina sensible, por lo que se ajusta la antibioterapia a cloxacilina durante 3 semanas y se completa con linezolid oral hasta 6 semanas. El síndrome de compresión medular puede producir dolor y pérdida de funciones neurológicas. Su etiología puede ser infecciosa (osteomielitis, abscesos...), tumoral, traumática o secundaria a tratamiento oncológico. A propósito de este caso pretendo aclarar que el diagnóstico y manejo debe ser precoz, pues las consecuencias neurológicas pueden ser irreversibles.

P-140

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA ESPORÁDICA COMO ENTIDAD SIMULADORA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Gallego Cortés, F.J.¹; Juárez González, P.²; Ulecia Cantero, R.¹; Martínez García, A.¹; Macías López, N.¹; Begines Tirado, M.¹; Alfonso Tena, N.¹; Pavón Jiménez, S.¹; Álvarez Fernández, J.¹.

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España;

²Centro de Salud Casar de Cáceres, Cáceres, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P140>

Adolescente de 14 años de edad que es traída al Servicio de Urgencias por presentar cefalea parietal izquierda de 30 minutos de evolución que no responde al tratamiento con antiinflamatorios. Asocia debilidad muscular en hemicuerpo derecho que impide la deambulación y afasia. Los padres comentan episodios previos de cefaleas leves que responden bien a tratamiento antiinflamatorio. En la exploración física destaca afasia mixta y pérdida de fuerza en extremidades derechas (imposibilidad para elevación contra resistencia). Además, ipsilateralmente, encontramos reflejo rotuliano exaltado y signo de babinski. Ante la clínica de la paciente activamos código ictus, realizándose una angioresonancia con resultado normal. El resto de pruebas complementarias realizadas fueron normales (tóxicos en orina, hemograma, bioquímica, coagulación y electroencefalograma). La paciente fue ingresada, con tratamiento analgésico intravenoso y se objetivó mejoría progresiva de la sintomatología hasta resolverse completamente en 12 horas, desde el inicio del cuadro. Se diagnostica, migraña hemipléjica esporádica. La migraña hemipléjica es una entidad poco frecuente y de predominio femenino. Se clasifica en familiar o esporádica según la existencia de antecedentes familiares. Clínicamente se caracteriza por episodios de cefalea con aura de predominio motor, aunque también suelen aparecer otras alteraciones neurológicas como afasia, alteraciones sensitivas y en formas más graves, pueden aparecer crisis epiléptica o coma. Ante pacientes con esta sintomatología, debemos hacer un exhaustivo diagnóstico diferencial y sobre todo descartar entidades como accidentes cerebrovasculares, crisis epilépticas, tumores o infecciones del sistema nervioso central. En la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, con desaparición de la sintomatología en las siguientes horas o días. En casos de episodios de migraña recurrentes que interfieran con la actividad habitual del paciente, abuso e ineficacia del tratamiento de las crisis, aura incapacitante o hemiplejía, se recomienda tratamiento profiláctico con topiramato o verapamilo.

P-141

OIGO VOCES... ¿QUÉ ME PASA?

Ruiz Moreno, M.; De Miguel Cáceres, C.; De Pedro, S.; Fernández Pascual, M.; Navarro López, I.; De Pablo Fernández, L.; Martín Espín, I.; Plata Gallardo, M.; García Cuenca, A.; Pérez Villena, A. - Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P141>

Introducción: La encefalitis produce una disfunción neurológica variable, con síntomas como disminución del nivel de consciencia, alteraciones de conducta o crisis comiciales. La fiebre es el síntoma más frecuente, pero no siempre está presente. El diagnóstico inicial es clínico, mientras que el definitivo requiere la realización de una punción lumbar, estudio electroencefalográfico y pruebas de imagen (resonancia magnética). **Caso clínico:** Niña de 7 años que acude a Urgencias refiriendo alucinaciones auditivas, tendencia al sueño y cefalea. El día previo presentó vómitos y fiebre de hasta 39,5°C. En la exploración física presenta un Glasgow 14/15, está orientada,

colaboradora, tiene tendencia al sueño y la actividad basal disminuida coincidiendo con la cefalea. Refiere episodios intermitentes en los que comenta que “escucha como voces”. Se solicitan analítica sanguínea (linfopenia, monocitosis, proteína C reactiva de 53 mg/L y serologías negativas) y tóxicos en orina negativos. Sospechando posibles crisis convulsivas se decide ingreso para completar estudio. Se realiza electroencefalograma donde se objetiva actividad hipovoltada global, sin anomalías epileptiformes, por lo que se realiza tomografía computarizada craneal (sin hallazgos significativos) y punción lumbar (hiperproteinorraquia, resto sin alteraciones). Ante la sospecha clínica de encefalitis infecciosa se inició tratamiento empírico con aciclovir 50 mg/kg/día, que se suspende tras PCR negativa. Durante su ingreso se mantiene afebril, aunque persisten episodios de alucinaciones auditivas y visuales junto con fluctuación del nivel de conciencia y vómitos. Se decide alta a los 4 días por mejoría clínica. **Conclusiones:** La encefalitis es una patología potencialmente grave cuya clínica puede ser inespecífica y requiere un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. La encefalitis infecciosa que cursa con mayor gravedad es la herpética. Ante su sospecha, debe iniciarse tratamiento de forma precoz con aciclovir intravenoso a la espera de resultados de PCR en el líquido cefalorraquídeo.

P-142

ROMBERG POSITIVO: ¿EN QUÉ TENEMOS QUE PENSAR?

Erroz Ferrer, M.¹; Sánchez Durán, M.Á.¹; Mateos Torre, P.¹; Gordo Baztán, I.¹; Goñi Yáñez, A.²; Mosquera Gorostidi, A.².
¹Hospital de Navarra, Pamplona, España; ²Centro de Salud de Sarriren, Pamplona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P142>

Resumen del caso clínico: Niño de 9 años y medio que acudió al centro de salud por inestabilidad de la marcha de 3-4 meses de evolución, con empeoramiento clínico reciente. Comenzó con mayor torpeza, presentando tropiezos y caídas. Posteriormente caminaba desviándose hacia el lado derecho y con inclinación de tronco hacia delante, añadiendo caídas en bicicleta y sin poder casi pedalear. Además cuando tocaba la trompeta la cogía diferente. Los dos meses previos asociaba cefalea, vómitos y adormecimiento peribucal auto-limitado, cediendo posteriormente. No antecedentes de interés. Presentaba exploración física normal salvo Romberg positivo y marcha en tándem inestable. Como principal diagnóstico diferencial del Romberg positivo y marcha inestable se planteó el origen vestibular o propioceptivo, siendo menos probable el primero (ausencia de vértigo y nistagmus con evolución subaguda-crónica). El origen cerebeloso era menos probable por Romberg positivo. Se derivó a Urgencias hospitalarias. Fue valorado por Oftalmología, objetivándose edema de papila bilateral en fondo de ojo. Analítica sanguínea sin alteraciones significativas y coagulación normal. Se realizó RM craneoespinal, objetivando una lesión ocupante de espacio a nivel talámico izquierdo/intertalámica con impronta en tercer ventrículo, ocasionando importante hidrocefalia triventricular. Se ingresó en planta de hospitalización para estudio y posteriormente fue intervenido con realización de biopsia endoscópica y ventriculostomía de tercer ventrículo. El diagnóstico final fue de astrocitoma pilocítico. Tras la intervención el paciente presentó mejoría clínica y continúa en seguimiento por Hemato-Oncología Pediátrica. **Conclusiones:** Ante una ataxia de nueva aparición, es importante el diagnóstico diferencial entre origen cerebeloso, vestibular o alteración propioceptiva, siendo en cualquier caso un motivo de derivación urgente a un centro hospitalario para ampliar estudio. Para ello es de gran importancia realizar una exploración neurológica sistemática para

facilitar la detección de síntomas de alarma y la realización de una adecuada orientación diagnóstica.

P-143

SEGUIMIENTO DE UNA MARCHA ANORMAL

Jiménez Tejada, L.¹; Sardina González, M.D.²; Ramiro Mateo, L.³; Mangas Marín, I.J.⁴; Salas De Miguel, C.⁵; Melitón Carrasco, J.A.²; Ordóñez Medina, I.⁶; Mangas Marín, I.J.⁴; Torres Díaz, M.²; Raya Tejero, C.². - ¹CS de Jerez de los Caballeros, Jerez de los Caballeros, España; ²Hospital Materno Infantil de Badajoz, Badajoz, España; ³CS de Oliva de la Frontera, Oliva de la Frontera, España; ⁴CS Zafra, Zafra, España; ⁵CS de Albuquerque, Albuquerque, España; ⁶CS de Alconchel, Alconchel, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P143>

Anamnesis: Lactante de 20 meses con estancamiento de desarrollo motor, sobre todo a nivel de miembros inferiores. Desde los 15 meses se objetiva marcha poco estable. Inicialmente se recomienda vigilancia de esta, objetivando progresivamente un retroceso de las habilidades adquiridas hasta el momento. **Exploración física:** Normal salvo pie plano-valgo flexible. Postura en “rana” de miembros inferiores (MMII) en decúbito supino. Debilidad proximal y simétrica en MMII, aunque es capaz de flexionar la rodilla y mover los pies en el plano de apoyo. También existe cierto grado aparente de debilidad proximal en miembros superiores. Dirige las manos hacia los objetos cercanos. Ligero temblor de acción en las manos. Tono globalmente disminuido (debilidad). Mantiene sedestación autónoma estable. Incapaz de incorporarse desde el decúbito ni de ponerse de pie sin apoyo, aunque es capaz de mantenerse en bipedestación agarrada, por ejemplo, a la barandilla de la cuna. Cuando se la coge por los brazos intenta hacer el movimiento de caminar, pero apenas se sostiene sobre sus pies. ROTs rotulianos y aquíleos ausentes. **Procedimientos:** En Atención Primaria: analítica sanguínea: hemograma y fórmula leucocitaria normal. CPK normal. Ligera elevación de LDH y transaminasas. Perfil férrico, perfil tiroideo, colesterol, TG, vitamina B12 y fólico normales. Rx de caderas en la que se descarta displasia de caderas. En hospital: ecografía abdominal, RM cerebral y de columna completa sin alteraciones. Estudio genético molecular la delección en homocigosis del gen SMN1 y la presencia de 3 copias del gen SMN2. Atrofia músculo espinar (AME) tipo 2. Se solicita tratamiento modificador de la enfermedad: Evrysdi (Risdiplam). **Conclusiones:** La AME es una enfermedad degenerativa hereditaria que produce una destrucción de motoneuronas que originan debilidad y atrofia muscular. El papel del pediatra de Atención Primaria es muy importante en la sospecha de este tipo de enfermedades, ya que somos los que podemos hacer seguimiento frecuente de los pacientes.

P-144

SÍNDROME DE ANGELMAN, UN RETO PARA LOS PEDIATRAS

Niemczyk, J.B. - Centro de Salud “La Vera”, Puerto de la Cruz (Santa Cruz de Tenerife), España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P144>

Introducción: Síndrome de Angelman es un trastorno raro de neurodesarrollo, causado por la ausencia de la copia materna del gen UBE3A. Alrededor del 70 % de los casos surgen de la delección materna dentro del cromosoma 15q11-q13, que contiene este gen. Se manifiesta en la infancia con discapacidades intelectuales y del desarrollo, un movimiento atáxico similar al de una marioneta, ausencia del habla e hiperactividad. **Caso clínico:** **Anamnesis:** Se presenta el caso del paciente varón de 6 años. Nace a término con el peso bajo

para su edad gestacional, reanimado en la sala de partos (pérdida de bienestar fetal). *Screening* neonatal normal. A partir de los 6 meses de vida observamos la microcefalia, la hipermotricidad y el retraso psicomotor. Se realizan estudios metabólicos, genéticos y de imagen. En los estudios de metilación se detecta un patrón de hipometilación compatible con la delección del alelo materno en la región 15q11.2-se confirma el diagnóstico genético del síndrome de Angelman a los 26 meses de vida del paciente. Se planifica la intervención temprana: la terapia del habla, física y ocupacional. **Exploración física y evolución:** Llama la atención el prognatismo. El comportamiento es hipermotor con movimientos atáxicos y espasmódicos de las extremidades. Destaca la ausencia de habla y una disposición social feliz. A partir de los 2 años de vida empiezan las crisis convulsivas que se controlan con el valproato sódico. A los 4 años empieza la marcha atáxica... Sigue sin controlar los esfínteres. **Conclusiones:** No existe una cura para el síndrome de Angelman, solo el manejo de los síntomas, que requiere de un equipo multidisciplinario. Dado que todos los pacientes tienen una copia funcional, pero silenciada del UBE3A paterno, los nuevos enfoques terapéuticos consisten en intentos de reactivar el alelo paterno.

P-145

SÍNDROME DE COFFIN-SIRIS SECUNDARIO A MUTACIÓN EN EL GEN *ARID1B*

De Pablo García, M.; Justel Rodríguez, M.; Prieto Matos, P.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P145>

Anamnesis: Lactante de 25 meses remitida a consulta de Enfermedades Raras del Hospital Clínico Universitario de Salamanca para valoración de facies peculiar, retraso psicomotor, *pectus excavatum* y laringomalacia. Diagnóstico reciente de celiaquía. Talla y peso a 2,35 DE y -2 DE, respectivamente. Sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. **Exploración física:** Destaca tórax de conformación anormal con llamativo *pectus excavatum*, así como una frente estrecha con implantación baja del pelo, raíz nasal ancha, apariencia de edema palpebral bilateral con oblicuidad descendente. Llama también la atención la aparente nariz en silla de montar, triángulo nasolabial marcado, filtro bajo y labios gruesos. Impresión de leve hipotonía en las cuatro extremidades. **Procedimientos diagnósticos y tratamiento:** Se solicita excreción urinaria de GAG (glicosaminoglicanos), que resulta normal, así como estudio genético, que muestra mutación en *ARID1B*: NM_001374828.1:c.6106dup, (p.His2036ProfsTer31), en heterocigosis, probablemente patogénica; *de novo*. Se completa con estudio genético a los progenitores, no siendo portadores de la mutación. No existe tratamiento dirigido. **Conclusiones:** El síndrome de Coffin Siris (SCS) es una condición probablemente infradiagnosticada debido a la diversidad de fenotipos clínicos. El conocimiento de este síndrome, así como del resto de entidades de su mismo espectro, está en expansión, tanto en un nivel de genotipo como de fenotipo. Existen otros 8 pacientes diagnosticados en nuestro centro desde 2018. Es necesario un correcto manejo y coordinado desde Atención Primaria y hospitalaria, dada la afectación global que pueden presentar estos pacientes y los diferentes grados de gravedad: Nefrología (malformaciones renales), Neurología (retraso psicomotor; adecuada intervención temprana), Endocrinología (talla baja), Gastroenterología (malnutrición), Otorrinolaringología (hipoacusia), Oftalmología (estrabismo, ptosis, miopía...), Neumología (laringomalacia) e infecciones de repetición. Nunca debemos infravalorar las posibles complicaciones de estos pacientes.

P-146

UN MAREO MUY ATÍPICO... ¿VÉRTIGO CENTRAL O PERIFÉRICO?

Sánchez Trujillo, L.; De Pablos Alfaro, P.; Möller Díez, A.; Quintanal López, P.; Corvillo González, B.; De Peralta Domínguez, M.; Jiménez Marina, L.; García Cerro, E.; Reyes Martín, A. - Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P146>

Introducción: El vértigo es un síntoma poco frecuente en Pediatría, más prevalente en adolescentes. El vértigo de origen central es infrecuente, pero de mayor gravedad, siendo necesario un adecuado diagnóstico diferencial. **Caso clínico: Anamnesis:** Niño de 14 años que acude a Urgencias con sensación brusca de mareo intenso con giro de objetos y vómitos. Asocia hipoacusia y acúfenos en oído izquierdo. Afebril, no asocia otra sintomatología. En la exploración, se objetiva un nistagmo grado II izquierdo, con maniobras de Romberg, Barany y Unterberger no valorables por la intensa sintomatología, resto de exploración neurológica normal. Ante la sospecha de neuritis vestibular, se inicia tratamiento con sulpirida intramuscular, ondansetrón y metilprednisolona. Valorado por Otorrinolaringología, se realiza acumetría con Rinne positivo en oído derecho, negativo en oído izquierdo, con Weber que lateraliza a oído derecho. Dada la intensa sintomatología, con signos de hipo-función vestibular y coclear izquierda, se decide ingreso del paciente. Durante el ingreso, mantiene mismo tratamiento, persistiendo nistagmo grado III horizontal en las tres direcciones de la mirada, pero con cambio en la dirección, con Romberg estable, Barany y Unterberger no lateralizan, sin disimetría ni disidiadococinesia. Debido a la clínica no concordante con vértigo periférico, se solicita RM de cráneo detectando un contacto perpendicular de la AICA con el VIII par craneal izquierdo (tipo 2) sin otros hallazgos. Presenta progresiva mejoría clínica, que permite cambiar tratamiento a vía oral, y suspender sulpiride a los 4 días, manteniéndose asintomático, permitiendo alta a domicilio. Se deriva a consulta de neurocirugía. **Conclusiones:** - El síndrome de compresión vascular del nervio vestibulococlear puede manifestarse con hipoacusia neurosensorial, acúfenos y vértigo, compatible con el cuadro clínico del paciente. - Se trata de un diagnóstico infrecuente en Pediatría, siendo relevante la clínica tan florida de nuestro paciente. - Es importante identificar aquellas características propias del vértigo central.

P-147

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON Distrofia MIOTÓNICA TIPO 1 CONGÉNITA

Sierra Capitán, P.; Macías García, M.; Martínez Prieto, F.
HUVR, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P147>

Introducción: La distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es una enfermedad neuromuscular común en adultos, de herencia autosómica dominante. La expansión anormal de repeticiones de los nucleótidos CTG en el gen *DMPK* es la causa de esta. El tipo de DM1 más severo es la forma congénita, que cursa con debilidad muscular extrema e insuficiencia respiratoria. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de pacientes afectados de DM1 congénita durante los últimos 25 años. La confirmación del diagnóstico se basó en pruebas genéticas. **Resultados:** Se examinaron un total de 12 pacientes con DM1 congénita. Estos son los hallazgos encontrados: al nacimiento, todos los pacientes mostraron debilidad muscular y dificultad respiratoria. Dos de cada doce pacientes utilizaron ventilación no invasiva, mientras que el 80 % necesitaron

ventilación invasiva. Ocho de cada doce pacientes experimentaron dificultades para tragar al nacimiento, precisando alimentarse por sonda nasogástrica. En muchos pacientes se observó una mejora en la función respiratoria, y en ocho de los doce casos fue posible retirar el soporte respiratorio en los primeros dos meses. La capacidad de tragar mejoró en todos los pacientes, excepto en uno, quien requirió la realización de gastrostomía percutánea. Todos los pacientes mostraron una evolución motora favorable, logrando caminar de forma autónoma, aunque con un retraso en la adquisición de esta habilidad. Todos los pacientes presentaron discapacidad intelectual junto con dificultad del lenguaje, en diferentes grados. **Conclusión:** Durante la etapa neonatal, los pacientes con DM1 congénita se enfrentan a un momento crítico para su supervivencia. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades neuromusculares congénitas, la mayoría logrará caminar de forma autónoma y experimentará mejoría en su función respiratoria una vez superado este periodo. Por lo tanto, la necesidad de ventilación mecánica invasiva no debería ser el único factor determinante para continuar con los cuidados médicos.

P-148

CUANDO UN TRASTORNO DEL SUEÑO ACABA DANDO LUGAR AL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD RARA

Aparicio Ríos, P.¹; Prieto Matos, P.²; Gómez Martín, H.³; Heredero Jung, D.H.⁴; Polo De Dios, M.⁵; Gutiérrez Marqués, S.⁶.

¹C.S. Peñaranda de Bracamonte. Gerencia Atención Primaria Salamanca, Salamanca, España; ²Unidad de Diagnóstico de Enfermedades Raras de Castilla y León. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ³Neurología infantil. Servicio Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ⁴Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ⁵Servicio Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España; ⁶Servicio Pediatría. Gerencia Atención Primaria Salamanca, Salamanca, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P148>

Anamnesis: Paciente de 11 años que consulta por un trastorno del sueño, con problemas en el inicio y mantenimiento del mismo durante las últimas semanas. No refieren ningún desencadenante conocido. **Exploración física:** Se lleva a cabo una exploración física completa, incluyendo exploración neurológica y valoración antropométrica, todas ellas dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se le indica a la familia la realización de una agenda del sueño y se pasan los cuestionarios BEARS y BRUNI. Se decide también realizar una analítica sanguínea general, incluyendo perfil férrico. En dicha analítica (realizada sin presentar proceso infeccioso intercurrente conocido) presenta hipertransaminasemia: ALT 126 y AST 143, con resto del perfil hepático normal. Tras dichos hallazgos, a las 2 semanas se repite control analítico con estudio de primer nivel de hipertransaminasemia, objetivándose como nuevo hallazgo una CK de 1.572 y continuando el paciente asintomático. Se repite determinación en dos ocasiones más, con cifras superiores a 1.000 por lo que se deriva a segundo nivel para estudio multidisciplinar. Se realiza valoración cardiológica, estudio neurofisiológico, despistaje de algunas patologías como la enfermedad de Pompe y estudio metabólico que es anodino, por lo que se solicita estudio genético y se realiza biopsia muscular. En la biopsia muscular no se encuentran lesiones relevantes y el estudio genético finalmente confirma el diagnóstico de enfermedad muscular tipo ANO5. **Conclusiones:** Ante el hallazgo de una hipertransaminasemia, debe ampliarse el estudio, solicitando entre otras pruebas la determinación de CK. Ante una hiperCKemia en paciente asintomático hay que repetir la determinación, y si está persiste elevada hay que

ampliar el estudio, ya que puede tratarse de una miopatía hereditaria, como ocurre en el caso de nuestro paciente.

P-149

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vera Ramos, G.; Díaz Martín, S.; Cobo Costa, A.; Escolano Díez, L.; Pérez De Vega, B.; García Fariña, M.; González García, A.; Mederos Rodríguez, A.; Gutiérrez Nieto, A.; Domínguez Cháfer, M.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P149>

Anamnesis: Lactante mujer de 18 meses de edad, con cuadro de un mes de evolución consistente en incremento de volumen y eritema del primer dedo del pie derecho, con dolor local asociado. Empeoramiento progresivo con cese de la deambulación, así como fiebre de hasta 39,4°C y aftas bucales. Tratada con antibioterapia oral, sin mejoría. **Exploración clínica:** Orofaringe hiperémica, con exudado amigdalario derecho blanquecino. Primer dedo del pie derecho con aumento de volumen. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica sanguínea: hemoglobina 9,7 g/dL; PCR 9,39 mg/dL; Factor reumatoide 11,6 UI/mL; LDH 228 UI/L; ANA, AMA, ANTI-LKM, ASMA, APCA, HLA B-27 y B-5 negativos. Inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias y complemento normales. - Serologías: negativas. - Frotis en sangre periférica: sin blastos ni células atípicas. Aspirado médula ósea: sin alteraciones. - Gripe, VRS y SARS-CoV-2, frotis faríngeo: negativos. - Hemocultivo y urocultivo: negativos. - Coprocultivo y virus en heces: rotavirus positivo. - Mantoux y quantiferon: negativos. - Radiografía simple 1º dedo pie derecho: sin alteraciones. - Ecografía musculoesquelética: aumento de Doppler en ambas rodillas, entesitis en tobillo derecho. - RMN: inflamación aguda en falange proximal del primer dedo del pie derecho. - PET/TC cuerpo completo: artritis con sinovitis en rodillas, tobillos, tarsos y dedos de manos y pies. Inicialmente, se pauta antibioterapia endovenosa ante la sospecha de osteomielitis aguda. Progresivamente, presenta edema en pies y tobillos, y limitación de la movilidad en caderas y columna, precisando perfusión de morfina para el control del dolor. Finalmente, ante los resultados de las pruebas, se inicia corticoterapia y tratamiento inmunosupresor con excelente respuesta. **Conclusiones:** - La artritis idiopática juvenil sistémica representa hasta el 15 % de los casos de artritis idiopática juvenil. - Para su diagnóstico se requiere una alta sospecha clínica, para evitar secuelas y complicaciones a largo plazo. - Cualquier caso sospechoso deberá ser derivado precozmente a Reumatología Pediátrica.

P-150

COJERA CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA. ¿EN QUÉ DEBERÍAMOS PENSAR?

De La Cruz Hidalgo, M.D.; Bartolomé Bermudo, S.; Molina Ureba, A.; Aboza García, M.R.; Borja Urbano, G.; Benítez Fernández, I. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P150>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Niño de 2 años que consulta por impotencia funcional de miembro inferior derecho de 48 horas de evolución. Destaca proceso febril 15 días antes. A la exploración, se objetiva marcha antiálgica y dolor a la movilidad de cadera derecha con

limitación de la abducción. Ante sospecha de sinovitis transitoria de cadera se indica reposo relativo y antiinflamatorios. Consulta en varias ocasiones con similar sintomatología persistiendo principalmente la cojera, motivo por el que se deriva hasta en dos ocasiones a Urgencias hospitalarias, realizando como pruebas complementarias: analítica sanguínea, radiografía de cadera con resultados normales, y una ecografía de cadera afecta donde se observa mínimo líquido sinovial. Fue valorado por Traumatología de Urgencias, coincidiendo como diagnóstico más probable sinovitis transitoria de cadera. Al mes de la primera valoración, se cita nuevamente en consultas, y ante persistencia de clínica, se decide contactar con el Servicio de Rehabilitación Infantil, agilizando pruebas complementarias. Se realiza gammagrafía ósea donde se objetiva captación ósea, compatible con Perthes 2A. Se opta por actitud conservadora hasta consulta interdisciplinar con Rehabilitación y Traumatología. **Conclusiones:** - La cojera infantil constituye un motivo de consulta habitual en Atención Primaria. Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial para descartar patología urgente, como la artritis séptica o bien patología más larvada como la enfermedad de Perthes, siendo la causa más común de cojera no traumática en la edad pediátrica la sinovitis transitoria de cadera. - La enfermedad de Perthes, es una causa frecuente de cojera en la infancia que suele ocurrir entre los 3 y los 10 años. Cuando aparece en menores de 3 años puede cursar con sintomatologías más floridas que se asemejen a la sinovitis transitoria de cadera. La diferencia principal radica en el tiempo de evolución y en la escasa mejoría con medidas físicas habituales.

P-151

COJERA PROLONGADA: UN DIAGNÓSTICO FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Roldán Montero, A.I.¹; Roldán Montero, M.². - ¹CS San Bartolomé, San Bartolomé de Lanzarote, España; ²Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P151>

Anamnesis: Lactante de 21 meses que acude a consulta de Atención Primaria acompañado de su madre refiriendo cojera de 15 días de evolución de inicio súbito, sin traumatismo aparente observado por la progenitora, ni en la guardería. A su vez, refiere cuadro de vías altas consistente en pico febril único a los 7 días de inicio de la cojera, rinorrea y tos que se autolimitó en los 3 días posteriores. No se despierta por las noches del dolor. La madre no refiere dolor a la palpación de las piernas, ni síntomas cutáneos, ni digestivos, ni miccionales, ni respiratorios en el momento actual. No refiere haber tomado analgesia previa. **Exploración física:** TEP estable, excelente estado general, eupneico. Marcha antiálgica con claudicación de miembro inferior izquierdo, camina con apoyo. No es posible realizar test Trendelenburg. A la exploración de la cadera, no alteraciones cutáneas, no se palpan puntos dolorosos, flexo-extensión y rotaciones pasivas conservadas que no impresionan dolorosas. No dolor a la palpación de sacroilíacas ni trocánteres. Exploración de rodillas bilateral anodina. Resto de exploración por aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza prueba terapéutica durante 24 h con ibuprofeno oral, sin mejoría de los síntomas, por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración. En Urgencias hospitalarias se realiza radiografía simple de caderas sin alteraciones significativas, realizándose proyección de tibia y peroné que objetiva fractura tipo Toddler. Se realiza inmovilización con férula inguinopélvica y revisión en 15 días con Servicio de Traumatología. **Conclusiones:** La fractura Toddler, fractura de los primeros pasos o fractura oculta es una patología frecuente en menores de 3 años tras un traumatismo inadvertido o banal. Suele

cursar con rechazo de la deambulación o cojera, sin otros hallazgos en la exploración física.

P-152

ESTANCAMIENTO DE ESTATURA: LO QUE OCULTA UNA CORRECTA ANAMNESIS

Sitjà Bou, A.; Alabau Garrido, È.; Pastor Arilla, C.; Sánchez Bueno, I.; Jordà Castro, M.A.; Coll Rius, N. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P152>

Anamnesis: Lactante de 12 meses que presenta dificultad en laterización cervical derecha con menor movimiento de las extremidades superior e inferior derechas, tratado, hasta el momento, con fisioterapia. Revisiones previas: estancamiento de talla, resto sin alteraciones. Ecografías prenatales normales. Nacimiento: cesárea a término por sufrimiento fetal, peso en percentil 9 y longitud en percentil <1. **Exploración física:** Ligera dificultad en lateralización cervical derecha, con movimientos correctos de extremidades superior e inferior derecha asociado a elevación de hombro derecho con cierta desviación de la cabeza a la derecha. Movilidad hombro derecho y escapula conservado. Resto de movimientos cervicales conservados. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dada la sospecha de tortícolis congénita se solicita radiografía de columna (Rx). En Rx se aprecian malformaciones congénitas vertebrales en T2-T5 y hemivértebra L2-L3 con escoliosis de 50° a nivel torácico posterior y 35° a nivel lumbar, por lo que se deriva a unidad de columna vertebral. Se amplía estudio con resonancia magnética (RM) y ecografía urinaria. Ecografía urinaria normal. RM muestra escoliosis dorsal derecha con alteración morfológica de cuerpos vertebrales de C7 a D5 y de L2-L3 con presencia de hemivértebras asociado a hipoplasia de músculos pectorales y arcos costales izquierdos. Dados estos hallazgos, es derivado a cirugía pediátrica que descarta síndrome de Poland, y a hospital referente en patología de columna para valorar manejo terapéutico. **Conclusiones:** La escoliosis congénita es una deformidad vertebral provocada por malformaciones vertebrales prenatales aisladas o asociadas a síndromes. Suelen manifestarse en el niño pequeño. Pueden clasificarse en defectos de formación, segmentación o combinaciones de ellas. Además, se han descrito otras malformaciones asociadas: genitourinarias, cardíacas o intraespinales. El diagnóstico inicial se realiza con radiografía de columna, recomendándose añadir ecocardiografía, ecografía renal y RM de columna. El tratamiento de elección es quirúrgico y viene determinado por el riesgo de progresión de la malformación.

P-153

MANEJO DE LA MIOSITIS AGUDA EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR INFLUENZA VIRUS B

Cabello García, M.; Rueda Ramírez, C.M.; De Los Reyes Castellanos, B.; Pareja Grande, J.; Reyzaal Ereño, E.; García Cabezas, M.Á. - Hospital General, Ciudad Real, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P153>

Anamnesis: Niña de 8 años, sin antecedentes personales de interés, que presenta dolor en miembros inferiores de horas de evolución. Asocia fiebre y síntomas catarrales en los últimos 4 días. **Exploración física:** Destaca dolor leve a la palpación de ambas pantorrillas. No presenta dolor a la palpación en puntos óseos en ambos miembros inferiores ni signos inflamatorios asociados. La movilidad a la flexo-extensión de miembros inferiores está conservada, junto con la fuerza, la sensibilidad, los reflejos osteotendinosos y la mar-

cha. El resto de la exploración es normal, incluyendo la exploración neurológica. **Procedimientos diagnósticos:** Se solicita una PCR de virus respiratorios, siendo positiva para Influenzavirus B, y una analítica sanguínea, detectándose una creatina-fosfoquinasa (CPK) de 9.149 UI/L y elevación de transaminasas, junto con un hemograma y proteína C reactiva (PCR) normales. Seguidamente, debido a los niveles de CPK hallados, se realiza un uroanálisis, en el que se descarta mioglobinuria y una posible rabdomiólisis. **Procedimientos terapéuticos:** Ante el cuadro clínico manifestado y la elevación de CPK, se diagnostica a la paciente de miositis aguda y se decide ingreso en Planta de Pediatría para prevenir complicaciones, administrándose suero salino fisiológico intravenoso a necesidades basales más dos tercios de las mismas, según la fórmula de Holliday-Segar. A las 72 horas de iniciada la sueroterapia intravenosa, se aprecia una clara mejoría del dolor, así como de los niveles de CPK (530 UI/L), por lo que se decide el alta hospitalaria, asegurando una adecuada hidratación y reposo. **Conclusión:** La miositis aguda es una entidad de excelente pronóstico, con una presentación clínica característica y pudiendo manejarse de forma ambulatoria. Sin embargo, ante niveles de CPK >5.000 UI/L o 10 veces por encima de su valor de referencia, se debe realizar una administración temprana y agresiva de líquidos intravenosos para prevenir complicaciones.

P-154

NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA ABDOMINAL

De Pablo García, M.¹; Martín Galache, M.¹; Jiménez Domínguez, A.¹; Escalona Gil, A.M.¹; García García, D.².

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Centro de Salud Garrido Sur Salamanca, Salamanca, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P154>

Anamnesis: Escolar de 11 años que acude a nuestra consulta por dolor moderado continuo, que ha ido en aumento, a nivel de hipogastrio y fosa ilíaca derecha desde hace 24 horas. No contaba traumatismo previo. Sin otros antecedentes personales de interés. **Exploración física:** A la exploración destacaba un abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de la fosa ilíaca derecha e hipogastrio, sin defensa a la palpación. No presentaba visceromegalias ni signos de irritación peritoneal. Afebril. Dolor a la deambulación. Resto de la exploración sin alteraciones reseñables. **Procedimientos diagnósticos y tratamiento:** Se decide derivación al Servicio de Urgencias pediátricas (SUP) para descartar enfermedad abdominal aguda. Se realiza analítica completa (en rango de normalidad, con parámetros inflamatorios negativos) y tira reactiva de orina (negativa). Se completa estudio con exploración ginecológica y realización de ecografía abdominal, que resultan normales. Se decide alta domiciliaria de la paciente con tratamiento analgésico oral. El dolor se prolonga durante dos meses más, con momentos de remisión del mismo. Se descarta simulación. Dada la evolución tórpida se deriva al Servicio de Traumatología. Se solicita RMN: protusiones discales a nivel de L3-L4, L4-L5 y más significativa a nivel de L5-S1 que contacta con el origen de ambas raíces S1 de predominio derecho. El dolor terminó por resolverse de manera espontánea 3 meses tras el debut. **Conclusiones:** El espectro clínico en los pacientes con dolor lumbar (DL) crónico es amplio. Algunos refieren dolor intenso constante, pero la mayoría presenta DL mecánico molesto que puede irradiar a los glúteos y a la porción superior de los muslos (nuestro caso). Los pacientes con hernia discal y dolor radicular secundario a compresión de raíces nerviosas deben tratarse de forma no quirúrgica, a menos que tengan un déficit neurológico grave o progresivo.

P-155

NO TODO ES TRAUMÁTICO EN PEDIATRÍA

Rodrigo Castroviejo, A.; García Lara, G.; Santiago Boyero, C.; Alcaide Baena, C.; Galván Gómez, S.; García Peces, P.; González Boyero, J.L.; Villanueva García, A.; Salas Navareño, R.
Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P155>

Introducción: El diagnóstico diferencial de las gonalgias en la edad pediátrica suele centrarse en patología traumática, infecciosa o reumatológica. Sin embargo, una gonalgia recurrente que imposibilita el juego y actividad propia de la edad, ha de ser minuciosamente evaluada. **Descripción del caso:** Acude a consulta lactante de 15 meses con edema, dolor e impotencia funcional de ambas rodillas, más intenso de izquierda, coincidiendo con el inicio de la marcha. Se deriva desde Atención Primaria a Urgencias y es valorado por Traumatología. Se realiza ecografía con diagnóstico de hematoma en el espesor del músculo, en relación a posible traumatismo previo, catalogándose de edema post-traumático, aunque la madre niega en todo momento dicho antecedente. Ante la persistencia del derrame tras 6 meses, se decide derivar a Reumatología realizándose nueva ecografía, angiografía y resonancia magnética nuclear donde se observa una angiomatosis múltiple de miembro inferior izquierdo. Se consensua en equipo multidisciplinar, la conveniencia de realizar abordaje de la malformación tanto con esclerosis de esta a través de radiología intervencionista como con la eliminación del nicho por parte de cirugía, pero finalmente solo se procede a esclerosar. Durante 1 año ha permanecido asintomático, pero actualmente, con 4 años, ha vuelto a presentar episodios de edematización, gonalgias e imposibilidad para realizar actividad deportiva. **Conclusiones:** La edad pediátrica es muy propensa a sufrir traumatismos, por lo que es fácil pensar en esa causa ante una gonalgia en un paciente menor e inquieto. Pero no lo es el hecho de dejar de jugar por dolor, lo que siempre ha de hacernos desconfiar del diagnóstico. Las anomalías vasculares constituyen un espectro de entidades que van desde una simple marca de nacimiento hasta diversos trastornos con elevada morbi-mortalidad. La sospecha de esta etiología ha de confirmarse con pruebas complementarias y su abordaje siempre ha de ser multidisciplinar.

P-156

OSTEOCONDROMA EN CABEZA DE PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramos Cela, M.; Arbona Jiménez, C.; Rubio Lorenzo, M.; García Alfaro, M.D.; Santos Hernández, D.; Gijón Criado, I.; Alcalde Alfonso, M.; Marín Rodero, J.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P156>

Anamnesis: Se presenta el caso de una niña de 11 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta del centro de salud porque desde hace unos meses nota una induración en la cara posteroexterna de la rodilla, sin dolor, fiebre ni ninguna otra sintomatología. Atribuida inicialmente a reacción inflamatoria por picadura en esa zona, no traumatismo previo. **Exploración clínica:** Presenta buen estado general, inicialmente asintomática. Se palpa tumoración dura de aproximadamente 4 x 4 cm en cara externa de cabeza de peroné derecho. No inflamación local, hematoma ni dolor a la palpación. Tampoco existen alteraciones neurovasculares ni impotencia funcional. Se sigue evolutivamente hasta que comienza a sentir molestias con la actividad. **Procedimientos diagnósticos y**

terapéuticos: Se realiza una radiografía y ecografía de rodilla que muestra un osteocondroma pediculado de aproximadamente 5,4 por 4 cm dependiente del margen posterior de la metáfisis proximal del peroné derecho, confirmándose posteriormente con una resonancia magnética. Además, el paquete vascular poplíteo de la pierna se encuentra desplazado y el nervio ciático poplíteo externo tiene la grasa perineural obliterada por el efecto compresivo del osteocondroma. Se decide intervención quirúrgica con extirpación de la lesión y liberación del nervio. **Conclusiones:** Los osteocondromas son lesiones benignas de origen cartilaginoso, que constituyen el tumor óseo más frecuente. Pueden ser solitarios o múltiples, formando parte del síndrome de exostosis hereditaria múltiple. Suele ser un hallazgo accidental, habitualmente asintomático, aunque pueden causar síntomas mecánicos dependiendo de su tamaño y localización. Se pueden localizar en todos los huesos, aunque predominantemente se afectan las regiones metafisarias del fémur y el húmero. La resección quirúrgica se indica si se encuentran en vecindad de un vaso, si impide el movimiento articular normal, en los casos de fracturas o si existe sospecha de transformación maligna.

P-157

PANARTERITIS NODOSA CUTÁNEA INFANTIL

Vera Ramos, G.; Fraga Bilbao, F.E.; Rocamora Salort, S.; González Cruz, M.; Marín Viñuales, A.; Figueroa Herrera, M.P.; Miguel Heredero, A.; Domínguez Cháfer, M.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P157>

Anamnesis: Niña de 10 años de edad con cuadro de 4 meses de evolución consistente en lesiones cutáneas persistentes, que se acentúan con el frío, localizadas inicialmente en abdomen y glúteos, con extensión posterior a extremidades inferiores. Además, asocia artralgias ocasionales en ambos tobillos, sin inflamación articular ni ritmo inflamatorio del dolor, y debilidad en ambas piernas. Afebril en todo momento. **Antecedentes personales:** Dermatitis atópica. **Exploración clínica:** Se objetiva livedo reticularis en abdomen, glúteos y extremidades inferiores. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica sanguínea: trombocitosis leve, VSG 7 mm/h y PCR 3 mg/L. ANA, ANCA, factor reumatoide y anticuerpos antifosfolípidos negativos, C3 y C4 normales. - Estudio serológico: citomegalovirus, virus varicela-zóster y *Mycoplasma pneumoniae* IgG positivas. Resto negativas. - Angio-RMN cutánea: no se aprecian lesiones isquémicas antiguas ni otras alteraciones significativas. - Biopsia cutánea: en dermis profunda e hipodermis existe una degeneración fibrinoide, así como signos de leucocitoclasia. - Estudio función renal: sin proteinuria ni hematuria. Filtrado glomerular normal. - Ecocardiografía y electrocardiograma: normales. Inicialmente, ante la sospecha de síndrome de Sneddon, se inicia tratamiento antiagregante. Tras confirmar el diagnóstico de panarteritis nodosa, se añade dapsona y metrotexate. Finalmente, se completa estudio para descartar una afectación sistémica. **Conclusiones:** - La incidencia de las vasculitis primarias en la edad pediátrica es aproximadamente de unos 50 casos por 100.000 niños/año. - La vasculitis por inmunoglobulina A o púrpura de Schönlein-Henoch es la más frecuente en la edad pediátrica, seguida de la enfermedad de Kawasaki. La panarteritis nodosa se caracteriza por una inflamación necrosante de las arterias de pequeño y mediano calibre, variando el espectro clínico desde una afectación cutánea hasta una forma sistémica potencialmente mortal. La forma cutánea es la más frecuente en niños, caracterizándose por livedo reticularis difuso, nódulos subcutáneos, ulceraciones cutáneas y gangrena digital.

P-158

“DOCTOR, MI HIJA TIENE UN BULTO EN EL OMBLIGO”

Puyana Rodríguez, J.M.; Bermejo Rodríguez, I.M.; Raya Tejero, C.; Palacios Fernández, N.; Farrona Villalba, A.; Díaz Méndez, I.; Parra Villena, A.; Cambrón Carmona, M.Á.
Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P158>

Anamnesis: Lactante de 5 meses de edad que consulta en Urgencias por lesión umbilical de 2 semanas de evolución, refiriendo aumento de tamaño de la misma en las últimas 24 horas. En tratamiento con amoxicilina-clavulánico desde hace 5 días, pautado desde Atención Primaria, por sospecha de remanente de uraco infectado. Irritabilidad nocturna. Afebril. Leve disminución de la ingesta. No otra clínica asociada. No antecedentes familiares ni personales de interés. **Exploración física:** Presenta bultoma en región umbilical, de coloración azulada, con eritema periumbilical, doloroso a la palpación. No secreción. Resto de exploración física sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea donde destaca leucocitosis con neutrofilia (22.800/mm³ con neutrófilos 12.800/mm³), proteína C reactiva 45,3 mg/l. Se completa estudio con ecografía abdominal en los que se objetivan hallazgos compatibles con anomalía del uraco tipo sinus umbilico-uracal con datos de posible complicación. Se decide ingreso hospitalario con antibioterapia intravenosa (amoxicilina-clavulánico) y es valorado por Cirugía pediátrica, que coloca drenaje durante 72 horas. Se decide alta a las 72 horas por no requerir cuidados hospitalarios, manteniendo antibioterapia oral hasta completar 7 días. Al mes se realiza intervención quirúrgica programada: laparotomía media infraumbilical con escisión completa de los restos uracales. Evolución favorable tras procedimiento. **Conclusiones:** - El uraco conecta la cúpula de la vejiga con el ombligo. Permeable en etapa embrionaria, posteriormente se oblitera formando el ligamento umbilical interno. Entre las malformaciones uracales encontramos: el uraco persistente, el seno uracal y el quiste uracal. - La afección uracal habitualmente sigue un curso asintomático. Generalmente se descubre de forma casual al realizar pruebas diagnósticas o cuando producen complicaciones. - Aunque puede aparecer a cualquier edad lo habitual es que se presente durante la infancia. - Se deben incluir las anomalías del uraco en el diagnóstico diferencial de las patologías umbilicales.

P-159

BULTOMA ORAL

Tríguez García, M.¹; Martínez Del Pozo, C.¹; Zamora González, N.²; Portillo Betancourth, A.C.¹; Vicario Carazo, T.¹.
¹Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España; ²Centro de Salud Venta de Baños, Palencia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P159>

Resumen: Paciente de 12 años, que acude por aparición súbita de un bultoma de más de 3 cm de diámetro en el suelo de la boca, transparente, no doloroso. Aparenta sialoadenitis de gran tamaño. La niña refiere que, los días previos, ha estado jugando con unas amigas a “retener la saliva”. Se indica observación domiciliar y maniobras de estímulo de la glándula salival. Dos semanas después, ante la ausencia de cambios, se realiza derivación a Otorrinolaringología. Indican realización de RMN y programan exéresis con anestesia general. Tras 1 mes de evolución, previo a la realización de la RMN, presenta resolución espontánea del cuadro. **Conclusiones:** Mucocele y ránula son pseudoquistes asociados a extravasación de moco o saliva de las glándulas salivales a los tejidos blandos. Es el resultado de una obstrucción, inflamación o traumatismo local

previos del ducto glandular. Los mucocelos aparecen en las glándulas salivales menores, como una pequeña tumoración de consistencia blanda, aspecto transparente, rosado o azulado, relleno de sialomucina, predominante en la mucosa del labio inferior. Las ránulas son mucocelos que se manifiestan como una tumoración no dolorosa en el suelo de la boca y afecta principalmente a glándulas sublinguales. Actualmente se mantiene actitud conservadora, ya que pueden tener resolución espontánea. En casos sin remisión, se puede realizar una marsupialización y sutura de pseudoquistes.

P-160

CELULITIS PRESEPTAL RECURRENTE ASINCRÓNICA

Artigas Rodríguez, S.; Salvà, R.; Fernández, C.; Calles, M.; Téllez, M.; Finestres, A. - CAP Sagrada Família. CSI, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P160>

La celulitis preseptal recurrente asincrónica bilateral es una entidad muy poco frecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de una niña con 3 episodios de edema palpebral recurrente bilateral, asincrónico y afebril sin otras enfermedades asociadas. La antibioterapia oral siempre resolvió el proceso, sin presentar complicaciones ni necesidad de cirugía.

P-161

COMPLICACIONES DE UN RECIÉN NACIDO DESHIDRATADO, LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mora Gri, L.; Cegarra Besora, A.; Santamaría Sacristán, S.; García Franco, E.; Goyanes Sotelo, C.S. - CAP Plana Lledó, Mollet del Vallès, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P161>

Anamnesis: Recién nacido de 8 días que acude al grupo de apoyo a la lactancia materna del centro de Atención Primaria. Explican irritabilidad y escasa diuresis. La comadrona detecta signos de deshidratación, consulta al pediatra, se deriva al hospital por pérdida de peso del 22 %. Ingresa por deshidratación hipernatémica grave con insuficiencia renal aguda. Se realiza corrección en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Durante el ingreso realiza crisis focales (clonías de hemicuerpo izquierdo). **Exploración clínica:** Peso 2.865 g, temperatura: 35,7°C, frecuencia cardíaca: 150 lpm, tensión arterial 78/50 mmHg, frecuencia respiratoria: 50 rpm, saturación de hemoglobina: 96 %. Aspecto deshidratado. Signo del pliegue. No lágrimas. Piel y mucosas secas. No lesiones cutáneas. Neurológico: irritable, fontanela deprimida. Tono normal, movimientos adecuados, succión correcta. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica: leucocitos 22.810, hemoglobina 204 g/L, plaquetas 66.000, glicemia 194 mg/dL, urea 345 mg/dL, creatinina 1,66 mg/dL, sodio 175 mmol/L, cloro 135, osmolaridad 435 mOsm/kg, bilirrubina total 3,8 mg/dL. Coagulación normal. Equilibrio ácido-base: pH 7,44, pCO₂ 30, HCO₃ 22,8, EB -3,7. - Ecografía abdominal: trombosis parcial de vena porta izquierda. - Ecografía transfontanelar: normal. - Angioresonancia cerebral: trombosis venosa cerebral superficial y profunda (senos longitudinal superior, transversos y sigmoideo, venas talamoestriada derecha y cerebrales internas). Sin otras lesiones. - Fluidoterapia endovenosa con corrección de sodio durante 3 días. - Bolus de fenobarbital, levetiracetam y midazolam en perfusión. - Alta con enoxaparina subcutánea y levetiracetam oral. **Conclusiones:** - Era una tercera gestación sin incidencias, no lactancia materna en gestaciones anteriores. Aun siendo una madre con experiencia, es importante el

soporte y seguimiento por parte de los diferentes profesionales de Atención Primaria y la coordinación entre ellos, así como el apoyo en la lactancia. - La madre había sufrido maltrato por su anterior pareja y sufría depresión. La valoración de la salud mental nos puede alertar de las familias más vulnerables.

P-162

DETECCIÓN DE CASO DE HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA NO CLÁSICA DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Urries Rodríguez, A.; Rey Shilling, Y.; Parra Cuellar, C.; González Morla, J. - Hospital de Palamós, Girona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P162>

Anamnesis: Se presenta el caso de una niña de 8 años y 5 meses de edad, que consulta en el Servicio de Pediatría de Atención Primaria (AP) por aparición de características puberales precoces, tales como axilarquia, pubarquia, sudoración apocrina y aumento en la velocidad del crecimiento en el último año. Sin antecedentes personales o familiares de interés. Revisión de los 8 años en centro privado y donde a priori no se detectó ninguna alteración. **Exploración clínica:** Fenotipo normal con peso 31,5 kg (percentil 40, -0,26 DE), altura de 139 centímetros (p69, 0,51 DE), e índice de masa corporal del 16,3 % (p30, -0,54 DE). Caracteres sexuales secundarios según escala de Tanner: S1 (mamas infantiles), P2 (vello pubiano escaso), A2 (vello axilar escaso). Genitales externos infantiles. Leve hipertrichosis en piernas. Sin presencia de bocio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Edad ósea de 11 años y 6 meses. Perfil hormonal inicial con niveles elevados de 17-hidroxiprogesterona, con valor de 20,68 ng/ml. La paciente fue derivada a consultas de Endocrinología pediátrica, ante sospecha de hiperplasia adrenal congénita (HAC) en forma no clásica, solicitándose el estudio molecular del gen CYP21A2 (21-hidroxilasa) en sangre, y encontrándose las siguientes alteraciones genéticas: c.841G>T; p.Val281Leu y reordenamiento (conversión) de genes CYP21A2/CYP21A1P, ambos en heterocigosis. Se confirma entonces diagnóstico de HAC en forma no clásica, iniciando tratamiento con hidrocortisona (hidroaltesona) a dosis de 5 miligramos cada 12 horas (8 miligramos/metro²/día), normalizándose progresivamente parámetros analíticos. **Conclusiones:** El seguimiento del paciente pediátrico es clave en la detección del desarrollo puberal precoz e instauración de tratamiento cuando es necesario. En este caso, el estudio se comenzó desde una consulta espontánea. Destacamos, por tanto, la importancia de un cumplimiento satisfactorio de las revisiones del niño/a sano/a desde las consultas de AP, preferiblemente siempre en un mismo centro, para lograr un estudio integral del paciente.

P-163

EL PAPEL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA DETECCIÓN DE LOS NIÑOS CON ENURESIS PRIMARIA MONOSINTOMÁTICA

Lostal Gracia, M.I.; Latorre Izquierdo, A.; Aguilar Bono, M.P.; Martínez Hernández, M.N.; Gonzalo García, M.C.; Samper Camparola, C. - Centro de Salud Amparo Poch, Zaragoza, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P163>

Objeto del trabajo: La enuresis es un trastorno crónico muy frecuente en niños mayores de 5 años, pero está infradiagnosticada y deficientemente tratada, infravalorando su repercusión emocional y en calidad de vida. Su correcta atención requiere dedicación y

tiempo, siendo una historia clínica detallada, clave para una correcta orientación diagnóstica. La presión asistencial en las consultas pediátricas y la baja motivación de las familias dificultan esta labor. En este sentido, la enfermera pediátrica puede tener un papel importante en la detección de casos de enuresis que no habían sido diagnosticados, facilitando su valoración y tratamiento en la consulta del pediatra. **Material y métodos:** Registro electrónico OMI-AP: cupo 900 TIS. Listado de cohortes años 2016 y 2017. Registros de código U04 (enuresis nocturna). Revisión por la enfermera pediátrica, en todos los pacientes de las cohortes 2016 y 2017, si constaba el dato de control de esfínteres en la historia clínica electrónica. Encuesta telefónica si no constaba: 1. ¿El niño controla la orina por la noche? Respuesta Sí, cierre del caso. Respuesta No, se continuaba la encuesta. 2. ¿Siempre ha tenido escapes nocturnos? 3. ¿Tiene síntomas por el día? Cita en consulta programada con pediatra y enfermera, los casos No control. **Resultados:** Código U04: 0 casos. Cohorte 2016: total niños 50. Contacto telefónico 41: Detección 6 casos enuresis (4 primaria monosintomática y 2 primaria no monosintomática). Cohorte 2017: total niños 63. Contacto telefónico 45: Detección 2 niños enuresis primaria monosintomática. Total, 86 niños, enuresis 8 casos, prevalencia de 9,3 %, normal para la edad. **Conclusiones:** La formación de la enfermería pediátrica y su implicación en la detección de los niños con enuresis nocturna se ha mostrado altamente eficaz, consiguiéndose así el diagnóstico de los casos acorde a la prevalencia referida en la literatura para la edad.

P-164

ENSEÑANDO A LOS ESCOLARES A ACTUAR FRENTE A UN ATRAGANTAMIENTO

Mazaira López, X.¹; Suárez Camacho, R.¹; Martínez Isasi, S.²; Carballo Fazanes, A.²; Jorge Soto, C.³; Otero Agra, M.⁴; Barcala Furelos, R.⁵; Izquierdo Vázquez, V.⁶; García Martínez, M.⁷; Rodríguez Núñez, A.¹. - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Universidade de Santiago de Compostela, Instituto de Investigaciones Sanitarias (IDIS), Instituto de Salud Carlos III, Santiago de Compostela, España; ³Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ⁴Universidade de Vigo, Pontevedra, España; ⁵Universidade de Santiago de Compostela, Instituto de Salud Carlos III, Universidade de Vigo, Santiago de Compostela, España; ⁶Instituto de Investigaciones Sanitarias (IDIS), Instituto de Salud Carlos III, Santiago de Compostela, España; ⁷Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P164>

Objeto del trabajo: Las obstrucciones de vía aérea por cuerpos extraños (OVACE) son una emergencia y potencial causa de muerte relativamente frecuente entre la población pediátrica y adulta. La correcta actuación de los testigos es determinante para la supervivencia de la víctima. Aunque se han introducido programas de formación en soporte vital básico (SVB) en colegios, en la literatura faltan referencias a la formación específica en OVACE. El objetivo del trabajo fue comprobar la adquisición y retención de conocimientos en resolución de OVACE en escolares de 10 a 13 años de Galicia. **Material y métodos:** 564 niños de 10 a 13 años recibieron entrenamiento en resolución de OVACE por sus profesores de educación física, consistente en sesiones de 1 hora (20 minutos de formación teórica y 40 minutos de práctica). Tras el entrenamiento, los participantes fueron evaluados en un escenario simulado consistente en un episodio de atragantamiento en un adulto con deterioro clínico progresivo. **Resultados:** En el escenario propuesto, un 62 % de los participantes identificaron el evento y animaron a la víctima a realizar una tos efectiva. Con el deterioro del paciente, un 86 %

lo reconoció y realizó los 5 golpes interescapulares, seguidos en un 90 % por compresiones abdominales. Al caer inconsciente el paciente, un 77 % activa los Servicios de Emergencia médica (SEM) y el 81 % inicia compresiones torácicas. No se apreciaron diferencias significativas entre grupos de distinta edad. **Conclusión:** Una formación breve y específica es efectiva para entrenar a niños de 10 a 13 años en actuación y resolución en casos de OVACE. Por ello, deben ser incluidos en los programas de formación en SVB en las escuelas infantiles.

P-165

EOSINOFILIA ASOCIADA A LA ALERGIA DE PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

Falcón Norero, F. - Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P165>

Anamnesis: Neonato de 16 días de edad que acudió a consultas para seguimiento de escasa ganancia ponderal desde el nacimiento con toma exclusiva de leche materna. Con 11 días de vida, tras pérdida de peso inicial y posterior estancamiento ponderal, se decidió suplementar con leche artificial con buena tolerancia. Durante la revisión se observó pérdida de peso de un 9,2 % sin recuperación del peso al nacimiento. Sin antecedentes neonatales de relevancia. Se derivó a Urgencias hospitalarias donde se realizó una gasometría venosa con parámetros normales, por lo que se dio alta. Seis días después acudió de nuevo a nuestra consulta donde no se observó buena ganancia de peso, por lo que se decidió nuevamente traslado a Urgencias donde se decidió ingreso. **Exploración y pruebas diagnósticas:** Se realizó una analítica sanguínea en la que se observó una eosinofilia de $2,72 \times 10^9/l$ con 23,5 %. Durante el ingreso se repitió analítica observándose un aumento en eosinófilos 38 % y $2,19 \times 10^9/l$. Se amplió el estudio realizando una citomorfología de sangre periférica, pruebas de imagen y pruebas parasitológicas, siendo estas normales y descartando procesos tumorales. Se realizó interconsulta en Alergología, siendo diagnosticada de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), por lo que se comenzó con leche hidrolizada y dieta de evitación de leche de vaca observándose una mejoría en la ganancia de peso y un descenso de la eosinofilia. También fue diagnosticada en Dermatología de dermatitis atópica. **Conclusiones:** Tras la introducción de la leche hidrolizada se observó una clara mejoría de la clínica con aumento del peso y una mejoría en los parámetros analíticos con disminución de la eosinofilia sanguínea de forma progresiva. Con este caso podemos sugerir una asociación entre la elevación de eosinófilos y la APLV que puede haber estado acentuada por una dermatitis atópica subyacente.

P-166

LA ENFERMERA ESCOLAR: SU PAPEL EN LA INTEGRACIÓN DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES EN COLEGIOS ORDINARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Buitrago Torrijos, L.; Gómez Lucenilla, M.; Esquivel, E.; Blázquez, M.; Reyes, M.D.; González, E.; Artigas, S.
CAP Sagrada Familia. CSI, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P166>

Si bien ya existe un gran número de alumnos con necesidades especiales que cursan estudios en centros de educación ordinaria, en los últimos años se ha intentado llevar a cabo una educación total inclusiva para que los niños con discapacidad, enfermedades raras o enfermedades crónicas puedan acceder a aulas de colegios

ordinarios. Para ello se movilizan numerosos recursos, entre los que se encontrarían las enfermeras escolares. Sin embargo, esta figura no es un estándar en todas las comunidades autónomas, lo que genera que la casuística en la atención de estos niños sea muy diversa. Ej es una niña de 4 años, escolarizada, afectada de espina bífida, que precisa de un sondaje vesical intermitente (cada 3-4 horas). Entre los años 2019-2021 una enfermera de Pediatría de nuestro centro de salud se desplazó a la escuela para proceder a su sondaje de manera diaria. Para poder realizar el procedimiento, fue necesario el siguiente material: espacio habilitado con cambiador en el centro escolar, sondas de vaciado intermitente, gasas estériles, suero fisiológico, esponjas jabonosas, guantes estériles, lubricante y personal capacitado para la realización de la técnica (enfermera). Cada día se desplazaba al colegio para poder realizar la técnica 2 veces al día, coincidiendo con la hora del patio y la hora del comedor para alterar lo menos posible la actividad lectiva de la niña. El resultado obtenido, fue la posibilidad de ofrecer las curas necesarias y cubrir las necesidades de la niña sin alterar su actividad diaria en el colegio y evitar desplazamientos a un centro sanitario. Fomentando la inclusión y favoreciendo su estado emocional. A modo de conclusión, destacar la importancia del papel de la enfermera escolar en el cuidado de los niños con patologías crónicas para poder cubrir sus necesidades vitales y dar soporte continuado a sus familias.

P-167 MASTOIDITIS EN LA INFANCIA

Tríguez García, M.¹; Zamora González, N.²; Martínez Del Pozo, C.¹; Portillo Betancourth, A.C.¹. - ¹Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España; ²Centro de Salud Venta de Baños, Palencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P167>

Resumen: Varón de 4 años con cuadro catarral y otalgia de 3 semanas de evolución, en tratamiento con ciprofloxacino ótico. Afebril. Consulta por persistencia de la otalgia y despegamiento del pabellón auricular derecho en región del antro mastoideo. A la exploración por Otorrinolaringología se aprecia leve abombamiento timpánico. Se realiza miringocentesis con salida de moco y se inicia antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico. Se realiza ecografía de partes blandas, apreciándose una colección abscesificada organizada en distintos estadios evolutivos de aproximadamente 37 x 12 mm. Se completa con TAC apreciándose una colección compatible con absceso, localizada en las partes blandas de la región mastoidea (4 x 1 x 2 x 5 cm), con una disrupción de la cortical ósea de la región mastoidea, por erosión ósea secundaria a la extensión del absceso hacia la región de celdillas mastoideas. Se realiza tratamiento quirúrgico con drenaje de absceso subperióstico y antrostomía. Se colocan drenajes transtimpánicos en ambos oídos. Se pauta corticoides nasales, antibioterapia tópica e intravenosa con cefotaxima y vancomicina. Se realiza switch a cefotaxima y cloxacilina ajustando dosis y sensibilidad por *S. aureus* meticilina sensible. Permanece ingresado 8 días tras intervención quirúrgica, evolucionando favorablemente. **Conclusiones:** La mastoiditis es la complicación más frecuente de la otitis media aguda. Se define como la infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal. Puede evolucionar a osteítis con destrucción ósea y formación de un absceso subperióstico. El diagnóstico es clínico. En ocasiones es necesario TAC para determinar extensión. Requiere ingreso hospitalario con antibioterapia intravenosa. En casos de no respuesta al tratamiento, se realiza timpanocentesis. Según la evolución, puede ser necesario el drenaje quirúrgico o mastoidectomía.

P-168

MOVIMIENTO ANÓMALO DE LOS OJOS EN EL LACTANTE. LA IMPORTANCIA DE LA INSPECCIÓN OCULAR PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ

Navedo De Las Heras, A.¹; Carrillo Hernández- Rubio, R.²; Reguera Bernardino, J.³. - ¹C.S. Valencia don Juan, León, España; ²Hospital el Bierzo, Ponferrada, España; ³C.S. Ribera del Órbigo, León, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P168>

Anamnesis: Lactante de 6 meses que acude para valoración porque los padres observan que fija el ojo derecho en la mirada vertical desde hace aproximadamente dos semanas. Siendo más visible cuando está cansado o antes de dormir. No refieren irritabilidad. Niegan fiebre o procesos infecciosos intercurrentes. No existe antecedente oftalmológico familiar. Parto a término mediante cesárea. Período neonatal sin incidencias. Desarrollo psicomotor acorde a la edad. **Exploración física:** Buen estado general, activo y reactivo. Fontanela anterior normotensa. No tortícolis. Exploración neurológica: sin hallazgos. Exploración oftalmológica: pupilas: centradas, isocóricas y normorreactivas. Párpados normales. Vía lagrimal sin alteraciones. Cover test: ortoforia. Biomicroscopia: normal. Motilidad ocular extrínseca: limitación supraducción derecha. Motilidad ocular intrínseca: normal. Fondo ojo: normal. Ciclopejía: OD +1 +0,5 (120), OI +0,75 +0,75 (125). **Plan terapéutico:** No precisa por el momento. Revisiones por Oftalmología para controlar que no se produzca ojo vago, desviación de la mirada al frente o tortícolis compensadora. **Conclusiones:** El síndrome de Brown, aunque es poco frecuente, dentro de los estrabismos restrictivos es predominante. Clasificándose como restrictivo, porque hay una causa mecánica que impide un determinado movimiento, por eso también es conocido como síndrome de la vaina del tendón del oblicuo superior. Existe una rigidez a nivel de este músculo; y por lo tanto, el músculo oblicuo inferior no puede realizar su función de elevación en aducción. Normalmente es unilateral y del lado derecho. La etiología puede ser congénita o adquirida (inflamación del tendón o traumatismo en la órbita). El diagnóstico es clínico. El tratamiento quirúrgico en el Brown solo se realiza cuando hay una tortícolis inaceptable, hipotropía severa, depresión en aducción y diplopía. Se deben hacer seguimiento por Oftalmología.

P-169

OPINIÓN DE LOS PEDIATRAS ANTE PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS LEVES DE LA INFANCIA

Martín, L.B.¹; García Díaz, F.J.¹; Guisado, M.C.²; Santamaría Orleans, A.³; Delgado Ojeda, J.³; Coronel Rodríguez, C.².
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España; ³Laboratorio Ordesa, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P169>

Introducción: Las infecciones respiratorias leves son el motivo más frecuente de absentismo escolar y de consulta en Atención Primaria pediátrica. El impacto sobre la Salud Pública es incalculable en primeras visitas, controles repetidos no programados y repercusión económica, en forma de prescripciones, algunas innecesarias (antitusígenos, antitérmicos, mucolíticos, descongestionantes nasales, antihistamínicos). **Objetivos:** Determinar la percepción que los pediatras de AP tienen respecto a las infecciones respiratorias leves. **Material y métodos:** Encuesta online a pediatras de AP mediante mailing a una base de datos formada por más de 5.000 especialistas. **Resultados:** Participaron 504 especialistas con una edad media de 51 años. Según los participantes, el 34 % de los pacientes con edad

≤12 años con afecciones respiratorias leves/moderadas, acude sin visita programada. Al 61 % las familias les han reconocido que, de forma habitual, automedican al niño y lo han llevado a la escuela aun no recuperado. El 77 % cree que, de forma habitual los niños regresan a la escuela aun no del todo recuperados. La aseveración con la que estuvieron más de acuerdo fue: “considero que las familias abusan de las Urgencias o visitas no programadas para enfermedades leves” (96 %) y más en desacuerdo fue: “me preocupa que un niño/a tenga 4 o más resfriados al año” (el 53 % se mostró en desacuerdo o en completo desacuerdo). El 65 % afirman que de forma habitual las familias suelen pedir algún tratamiento, a pesar de no ser necesario, principalmente de tipo sintomático (76 %). **Conclusión:** Las infecciones respiratorias leves tienen un gran impacto sobre la Pediatría en AP. Un niño sufre una media de 4-8 episodios anuales en los primeros 10 años, especialmente en escolarizados. La mayoría de los pediatras participantes en nuestro estudio piensan que los familiares tienen una preocupación excesiva en cuanto a estos procesos, siendo la mayoría autolimitados y sin precisar tratamiento.

P-170 OSTEOCONDROMA SOLITARIO

Salvà, R.; Artigas Rodríguez, S.; Fernández, C.; Calles, M.; Finestres, A.; Téllez, M. - CAP Sagrada Familia. CSI, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P170>

Presentamos el caso de dos varones con lesiones indoloras de consistencia dura halladas de forma casual. La radiografía simple fue compatible con osteocondroma. El osteocondroma representa la lesión pseudo-tumoral más frecuente del hueso. La característica radiológica patognomónica de este tumor es la continuidad cortical y medular de las lesiones con el hueso del que surgen. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, formando esta última parte del síndrome de exostosis hereditaria múltiple. En la mayoría de los casos son lesiones solitarias. Estas lesiones también se pueden presentar con complicaciones como deformidades óseas, fracturas, compromiso neurológico o vascular, formación de bursa y, más raramente, transformación maligna. Las variantes más comunes incluyen: la exostosis subungueal, la displasia epifisaria hemimélica, la proliferación de osteocondromatosa paraostal (lesión de Nora) y la periostitis reactiva florida. En general, el diagnóstico puede ser realizado con una radiografía, de acuerdo a las características del tumor, aunque los otros métodos de imagen como la ecografía, el TAC y en especial la RM pueden ser de utilidad ante casos dudosos, o ante la aparición de lesiones sintomáticas o en lugares poco comunes.

P-171 REPERCUSIÓN FAMILIAR Y ASISTENCIAL DE LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS LEVES DE LA INFANCIA VISTO DESDE LAS FAMILIAS Y LOS PEDIATRAS

Martín, L.B.¹; Santamaría Orleans, A.²; Andrade Díaz, C.¹; Guisado, M.C.³; Delgado Ojeda, J.²; Coronel Rodríguez, C.³.
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Laboratorio Ordesa, Barcelona, España; ³Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P171>

Introducción: Las infecciones respiratorias leves son comunes y banales desde el punto de vista del pediatra, pero son un problema para la conciliación laboral-familiar para muchas familias. **Objetivos:** Comparar la percepción de los padres respecto a pediatras sobre las infecciones respiratorias leves e impacto en la vida laboral-familiar.

Material y métodos: Encuesta online a pediatras de AP mediante mailing a una base de datos de 5.000 especialistas. Invitación a participar a padres a través de redes sociales y revistas. Posteriormente, realizar la comparación estadística de las cuestiones coincidentes. **Resultados:** Han participado 504 pediatras y 1.447 familiares. El 83 % de los padres refieren no hablar casi nunca con el pediatra de cómo conciliar la vida laboral-familiar si el hijo/a debe faltar al colegio, los pediatras reducen este porcentaje al 23,8 %. El 25,8 % de las familias está muy de acuerdo con: “los padres deberían tener planificado como organizarse cuando un niño/a se pone enfermo y no puede ir al colegio”, 50 % de pediatras. El 10,9 % de las familias están de acuerdo con: “los pediatras son conscientes del trastorno que las enfermedades leves pueden causar en el entorno familiar”, 58,3 % de pediatras. Solo el 7,8 % de pediatras está de acuerdo con: “me preocupa que un niño/a tenga 4 o más resfriados al año”, 30,5 % de familiares. El 77 % de pediatras opina que, habitualmente/muy habitualmente, los pacientes regresan a escuela/guardería sin estar del todo recuperado y solo 9 % de padres. No hay diferencias significativas en la cuestión: “las familias ya saben que los niños pequeños enlazan un resfriado tras otro y no hay que darle importancia”, estando de acuerdo el 40 % de familias y 40,1 % de pediatras. **Conclusiones:** Estas enfermedades son una fuente de preocupación para los padres, sobre todo aquellos que traban con el impacto asociado al absentismo escolar y laboral de los padres.

P-172 VISIÓN POLIÉDRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Cerezo Corredera, S.¹; Lizárraga Navarro, L.¹; Nuin Irujo, L.¹; Rodríguez Gutiérrez, R.². - ¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España; ²Centro de Salud Basauri Kareaga, Basauri, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P172>

La Pediatría de Atención Primaria se constituye como la medicina integral en un periodo evolutivo de la existencia humana, comprendido desde el nacimiento hasta la adolescencia. Presenta un ámbito de actuación amplio, desde su labor preventiva en el seguimiento al desarrollo durante la infancia y el establecimiento de hábitos vitales saludables (Pediatría Preventiva) hasta la asistencia médica continuada de los procesos patológicos en este periodo (Pediatría Clínica), teniendo siempre presente el entorno y sus interrelaciones (Pediatría Social). Dentro de sus características hay que destacar la accesibilidad (siendo en muchas ocasiones el primer contacto con el sistema sanitario), la globalidad (cobertura de todas las necesidades de salud durante la infancia), la longitudinalidad (seguimiento a lo largo del tiempo) y la creación de un vínculo de atención con las familias (siendo esta una de sus características definitorias). Así mismo, se encarga de la coordinación con la Atención Especializada y de una adecuada transferencia de información entre niveles asistenciales, contemplando el entorno concreto del paciente y sus características sociales. En este contexto, presentamos el caso clínico de un paciente que ha completado su trayectoria por la Atención Primaria Pediátrica, analizando la aplicación práctica de los atributos de la misma anteriormente descritos. Se trata de un recién nacido prematuro de 26 semanas que a lo largo de su desarrollo ha ido presentando diferentes procesos y diagnósticos, tales como síndrome de Di-George, hipoparatiroidismo con episodios de hipocalcemia sintomática, convulsiones febriles plus, nefrocalcinosis, problemas de aprendizaje..., teniendo como escenario una situación familiar compleja con riesgo de desprotección grave que acabó derivando en una institucionalización del paciente en un piso de acogida. La figura del pediatra de Atención Primaria y su capacidad de “visión

poliédrica” son fundamentales para aunar cuidados y actuaciones, y de este modo mejorar la calidad de la asistencia.

P-173

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS CRANEALES EN CUERO CABELLUDO DE NEONATO

Matres, B.; Pérez Miguel, M.; Gutiérrez Camus, A.; Alegría, E.; Orizaola, A.; Rollano, I.; Bernardo, C.; Freire, M.I.; Castro, T.; Gortazar, P. - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P173>

Introducción: La presencia de pequeñas masas redondeadas en el cuero cabelludo del neonato es relativamente frecuente, por lo que es necesario establecer prenatal y/o postnatalmente las diferentes posibilidades diagnósticas: cefalohematoma, tejido cerebral ectópico, aplasia cutis, quiste dermoide, malformaciones vasculares, *sinus pericranii*, encefalocele atrésico, etc. **Caso clínico:** Recién nacido a término (37 + 6s) y bajo peso edad gestacional 2.340 g (p6, -1,62 DE), perímetro cefálico 32 cm (p12, -1,22) con hallazgo en ecografía prenatal en semana 13 de prominencia craneal con diagnóstico de sospecha *sinus pericranii* en semana 23 + 5. Realizada resonancia magnética fetal en semana 33 + 3 se observa defecto óseo con lesión intraósea y subcutánea de 15 mm en eje AP de convexidad parietal con comunicación con el seno longitudinal superior sugestivo de *sinus pericranii*. Cribado de cromosopatías con riesgo bajo y serologías maternas negativas. Parto mediante cesárea programada, test de Apgar de 9-10. **Exploración física:** Al ingreso en Planta de Maternidad presenta lesión redondeada sin apertura en región centro-parietal izquierda de 1,7 cm x 1 cm. Resto de exploración por aparatos normal. Realizada ecografía transfontanelar al nacimiento y resonancia magnética a los 6 días de vida se identifica nódulo subcutáneo bien delimitado en vertex de 2 x 1,2 x 0,8 cm de ecogenicidad mixta con áreas anecoicas lobuladas en zona profunda, y comunicación de la lesión con el seno longitudinal superior con tres estructuras vasculares venosas en su interior, todo ello sugestivo de cefalocele atrésico parietal en vertex. Resto de parénquima cerebral sin alteraciones. Valorada por Neurocirugía actualmente asintomática y pendiente de intervención quirúrgica. **Conclusiones:** La exploración del recién nacido debe ser sistemática y pormenorizada. En el examen de la cabeza además de valorar fontanelas y suturas, es preciso valorar la presencia de masas y establecer el diagnóstico diferencial de las mismas.

P-174

GALACTORREA NEONATAL, A VECES HABITUAL

Tercero Baidez, P.; Carrascosa Rabadán, P.; Espada García, A.; Perales Prados, A.; Roda Martínez, N.; Jiménez Sahuquillo, A.; Fernández Escobar, V.; Atiezar Gallego, R.; Vicent Rozas, M.; González Amo, M.L. - Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P174>

La ingurgitación mamaria neonatal consiste en el crecimiento del tejido mamario, que en ocasiones se puede asociar a galactorrea (conocida popularmente como “leche de brujas”). Ocurre en ambos sexos, debido a la estimulación que produce el paso transplacentario de hormonas maternas. Neonato de 21 días de vida traído a Urgencias por inicio de secreción blanquecina en mama derecha de 24 horas de evolución, sin asociar fiebre ni irritabilidad, ingesta mantenida sin asociar otra patología. Alimentado con lactancia mixta. Su embarazo cursó con diabetes gestacional que precisó insulino terapia, las ecografías fetales y el ecocardiograma postnatal fueron normales.

Ingresó al nacimiento en Neonatología por hipoglucemia precoz. En la exploración física, presenta buen estado general, fenotipo normal, normocoloreado, normohidratado y normoperfundido, sin exantemas ni petequias. Destaca una ingurgitación mamaria derecha de 2-3 cm de diámetro subareolar, con secreción lechosa blanquecina al apretar, sin aumento de la temperatura ni eritema. Se extrae analítica con hemograma con hemoglobina y plaquetas normales, 10.640 leucocitos, 1.770 neutrófilos y 7.190 linfocitos. PCT 0,05 ng/ml, PCR <0,3 mg/L. Bioquímica urgente con ionograma y perfil hepático y renal anodina. Hemocultivo negativo y cultivo de secreción mamaria, pendiente. La intumescencia mamaria neonatal es una entidad a tener en cuenta sin olvidarnos de realizar diagnóstico diferencial con la mastitis aguda, por requerir esta última ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico intravenoso. En la intumescencia neonatal puede haber una asimetría entre ambas mamas y un eritema leve que, en ausencia de otros signos inflamatorios más marcados y datos de alarma, pueden considerarse parte del cuadro y no tienen que relacionarse con una mastitis. Aunque suele resolverse espontáneamente en semanas o meses, puede persistir sobre todo si el tejido es estimulado; por ejemplo, al intentar evacuar la galactorrea, lo cual además puede favorecer la aparición de una mastitis.

P-175

GINECOMASTIA EN UN LACTANTE: ¿MASTITIS O ALGO MÁS?

Vélez Moreno, E.; Palma Conesa, C.; Salas Navareño, R.M.; Cadenas Villegas, A.S.; García, L.G. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P175>

Introducción: La ginecomastia neonatal es la intumescencia mamaria benigna a consecuencia de la influencia hormonal materna. Esta puede ser uni o bilateral, siendo más frecuente esta última. Es un cuadro autorresolutivo: no requiere tratamiento ni extracción de la secreción conocida como “leche de brujas”. Suele desaparecer en 2 semanas, pero puede prolongarse hasta 6 meses y nunca se acompaña de otros signos inflamatorios. **Caso clínico:** Neonato de 14 días acude al Servicio de Urgencias por ingurgitación mamaria bilateral y galactorrea desde hace 4 días, encontrándose afebril. Es un paciente sin factores de riesgo infeccioso, de 40 + 2 semanas de gestación, alimentado con lactancia mixta. En la exploración se objetiva intumescencia mamaria bilateral de unos 3,5 cm con leve hiperemia periareolar sin aumento de calor local y base umbilical macerada. Se realiza control analítico, sin elevación de reactantes de fase aguda, hemocultivo y cultivo de secreción mamaria. Se solicita también ecografía de ambas mamas, en la que se observa aumento simétrico y bilateral del tejido mamario retroareolar con pequeñas áreas hipoecogénicas en su interior y leve dilatación ductal, sin observarse colecciones organizadas. Finalmente, el juicio clínico fue de intumescencia mamaria gigante neonatal, derivándose al paciente al alta con recomendaciones. **Conclusión:** La intumescencia mamaria gigante neonatal es la proliferación de tejido mamario mayor de 3 cm. Es una patología benigna producida por los estrógenos maternos que inducen la hipertrofia de este tejido en neonatos. Posteriormente, el descenso de sus niveles tras el parto puede inducir la producción de prolactina, apareciendo galactorrea en un 5-20 % de los casos. A menudo puede confundirse esta entidad con una mastitis neonatal que requeriría ingreso, constituyendo una urgencia médica. Es fundamental hacer un correcto diagnóstico diferencial y valorar la necesidad de un control analítico urgente con ecografía que ayude a diferenciar ambos cuadros y sus posibles complicaciones.

P-176

SINUS URACAL EN NEONATO CON SECRECIÓN UMBILICAL

Sieres Alberola, I.; Hueso Beltrán, I.; Domínguez Quintero, M.L.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P176>

Anamnesis: Neonato mujer, nacida a término, sin antecedentes de interés, de 22 días de vida que consulta en su centro de salud por secreciones umbilicales amarillentas, así como llanto continuo con irritabilidad. Febrícula de 4 h. Dos consultas previas con 12 y 15 días de vida por secreciones umbilicales con buen estado general, indicándose curas con clorhexidina. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica estable, con llanto que calma en brazos de la madre. Auscultación cardiopulmonar normal. Fontanela normotensa. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. A nivel umbilical zona indurada, enrojecida y con aumento del calor local. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Con la sospecha de onfalitis y posibilidad de absceso se deriva a Urgencias de hospital de referencia para descartar complicaciones y administrar tratamiento. Se decide ingreso para antibioterapia intravenosa tras analítica con 19.219 leucocitos con 10.850 neutrófilos, proteína C reactiva de 8 mg/L. Se cursa cultivo de exudado umbilical que es positivo para *S. aureus* multisensible. Recibe tratamiento intravenoso con cloxacilina y gentamicina durante 7 días, con mejoría del estado general a las 48 h y con resolución de la placa eritematosa. Se le realiza ecografía abdominal en la que se aprecia una lesión heterogénea con contornos mal definidos y burbujas de gas, que se extiende desde el ombligo por la musculatura de la pared abdominal sin comunicar con la vejiga, pero contactando con la cúpula de la misma. Al alta se deriva a Cirugía Pediátrica de hospital de referencia para valoración por su parte. **Conclusiones:** El sinus uracal es la ausencia de cierre del extremo umbilical del uraco, sin comunicación a la vejiga. Es una anomalía congénita que suele ser asintomática, aunque puede presentarse como secreción purulenta umbilical, masa en línea media o fiebre en casos de infección.

P-177

TEMBLOR EN PACIENTE NEONATAL, ¿QUÉ LE OCURRE?Corral Roso, P.¹; De Miguel Cáceres, C.²; Collar Serecigni, P.¹; Cocolo Góngora, A.¹; Ascunce Abad, M.¹; Fernández Yélamos, I.¹; Sánchez, L.¹. - ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España;²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España.<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P177>

Neonato de 3 días de vida y de peso adecuado para la edad gestacional, con embarazo controlado y normal y periodo perinatal sin incidencias; acude a Urgencias por episodios intermitentes de temblor de las 4 extremidades desde el nacimiento que han incrementado. Alimentado con lactancia materna, con tomas cada 3 horas. Afebril en todo momento. Parto eutócico en la semana 38, sin factores de riesgo infeccioso salvo cultivo recto vaginal positivo bien tratado. Al nacimiento test de Apgar 8/9. Es dado de alta de la maternidad a los 2 días de vida ante estabilidad clínica y ausencia de factores de riesgo. Madre en tratamiento con AAS y sertralina. A la exploración buen estado general, bien nutrido e hidratado. Fontanela anterior normotensa, adecuado tono de las 4 extremidades, actitud en reposo adecuada con flexión de los miembros. Durante la exploración se objetivan temblores generalizados que aumentan al estimularle y ceden con la contención. Clonus presente. Ligeramente hiporreflexia. Reflejos arcaicos presentes. Resto de exploración normal. Se realiza analítica sanguínea y gasometría venosa sin elevación de reactantes de fase aguda, no acidosis ni alcalosis ni alteraciones

iónicas. Se ingresa al paciente en el Servicio de Neonatología para observación, donde se realiza ecografía transfontanelar que resulta normal. La sintomatología disminuye durante el ingreso y, ante normalidad de pruebas complementarias, se concluye que la clínica que presenta la neonata puede ser secundaria exposición a sertralina durante el embarazo. La sintomatología neonatal en muchas ocasiones es muy inespecífica, por ello debemos realizar una adecuada historia clínica. Los temblores pueden ser secundarios a alteraciones iónicas como hipoglucemia, hipocalcemia..., a problemas de índole neurológica, o como es en nuestro caso, a temblores secundarios a medicación materna. Por ello es muy importante hacer un seguimiento observación del paciente durante el ingreso, descartando las causas reversibles de esta sintomatología.

P-178

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE MALTRATO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIACarrión Medina, A.¹; Benítez Fernández, I.²; Aboza García, M.R.²; Borja Urbano, G.²; De La Cruz Hidalgo, M.D.¹; García Matamoros, L.¹. - ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España; ²Centro de Salud Polígono Norte, Sevilla, España.<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P178>

Niña de 11 años que acude a Urgencias del centro de salud acompañada de profesoras, trabajadora y orientadora social de su colegio. La paciente refiere sufrir maltrato físico y psicológico por parte de su madre, con la cual convive junto con su medio hermano de 5 años, desde su llegada a España, hace cuatro años. Cuenta episodios de violencia física tipo "latigazos con cable de regleta" o con sus manos, en zonas no visibles, con frecuencia mensual. A nivel emocional, refiere situación crónica de insultos, intimidación y menosprecio, por parte de su progenitora. A la exploración, se muestra con miedo e inseguridad por situación de vulnerabilidad. Se objetivan lesiones múltiples en distinto estadio evolutivo localizadas en miembros superiores y tronco posterior de hasta 6 cm de diámetro, con morfología de objeto referido ("regleta"), realizándose fotografías de dichas lesiones. Ante alta sospecha de maltrato, se contacta con trabajador social del centro y se realiza una valoración conjunta del caso, se realiza notificación de SIMIA grave y se procede a la ejecución del parte de lesiones. Posteriormente, ante situación de desprotección de la paciente, se contacta con Protección de Menores y Servicios de Seguridad que acuden al centro de salud. El maltrato infantil es un problema de la sociedad actual, cuya prevalencia se encuentra muy subestimada. La consulta de Atención Primaria es la primera puerta de entrada para su detección. Por ello, el pediatra que detecte una situación de riesgo tiene la obligación de poner en marcha el protocolo de sospecha de maltrato infantil, informar al Trabajador Social del centro, realizar una valoración conjunta para planificar una intervención, evaluar la gravedad del caso, notificar la hoja SIMIA y el parte de lesiones. En algunos casos, será necesario derivar a otras instancias para conservar la protección del menor.

P-179

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LACTANTE, ¿INDICADOR DEFINITORIO DE RIESGO SOCIAL?Khemlani Ramchand, S.Y.; García De Ribera, M.C.; Santamarina Albertos, A.S.; González Camino, E.; Gutiérrez Valcuende, C.; Vega Bayón, M.; Uribe Reina, M.P.; Fernández González, S.; López Santos, A. - Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P179>

Lactante de 15 meses, sin antecedentes personales de interés, que acude a revisión programada. En la exploración física se evidencian múltiples lesiones verrucosas pediculadas en región perianal, por lo que se realiza interconsulta a Dermatología. El paciente es valorado 40 días después por el Servicio de Dermatología. En la exploración física se describen lesiones verrucosas, rosadas, excrecentes con proyecciones, sugerentes de verrugas víricas, presenta afectación bilateral. Posteriormente, se realiza la toma de muestra para estudio histológico y detección de virus de papiloma humano (VPH). Se instaura tratamiento con Imiquimod. De forma paralela se realiza citología a la madre con resultado negativo para VPH. El estudio anatomopatológico del paciente indica compatibilidad con condiloma acuminado y el microbiológico confirma afectación por VPH6. Ante resultados obtenidos se contacta con la trabajadora social y se realiza hoja de notificación de riesgo. El paciente no presenta otros indicadores de riesgo social. Tras la notificación, el paciente no acude a revisión en consulta de Dermatología ni a revisiones programadas en el centro de salud. No se logra contactar con el paciente. La infección por VPH es considerada como una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, sabemos que los recién nacidos expuestos al virus durante el período perinatal pueden también contraer la infección por mecanismos que aún no se conocen con exactitud. El virus puede permanecer durante años en el organismo sin causar síntomas, lo que dificulta concretar el momento exacto en que la persona lo contrae. Tanto hombres como mujeres pueden ser portadores sin síntomas y transmisores de la infección por VPH. Del mismo modo, en la mayoría de los casos, el propio sistema inmunológico es capaz de eliminar el VPH tras la infección. Por todo ello, resulta difícil establecer si nos encontramos ante un caso de abuso sexual o bien, de una infección vertical.

P-180

ACROPAQUIAS EN PEDIATRÍA, UN HALLAZGO POCO HABITUAL QUE DEBEMOS CONOCER

González Cervantes, M.; Albert Barrachina, C.I.; García Montoya, A. - Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis, Alicante, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P180>

Anamnesis: Paciente de 5 años remitido a Cardiología por acropaquias. Se detectan signos de hipertensión pulmonar y preexcitación sin clínica de taquiarritmias. Estaba en seguimiento por Digestivo por desnutrición e historia de vómitos que habían condicionado numerosas consultas en Urgencias y por Hematología, por anemia ferropénica refractaria a hierro oral. **Exploración clínica:** Destacaban acropaquias en ambas manos y pies. Otorrino evidencia hipertrofia amigdalar grado IV, siendo el resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A nivel analítico presentaba anemia ferropénica e hipoalbuminemia. Se realiza radiografía de mano que no muestra osteólisis, y un TACAR pulmonar que no objetiva patología pulmonar, pero evidencia una hernia hiatal. Tras comprobar repercusión polisomnográfica de la hipertrofia amigdalar, se decide cirugía preferente y se acuerda seguimiento ambulatorio para valorar evolución. Resumiendo los problemas de nuestro paciente encontramos: hernia hiatal, anemia ferropénica, hipoalbuminemia y acropaquias. Revisando la literatura, encontramos la tríada de Herbst, una manifestación inusual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico que se caracteriza por la asociación de estos problemas en población pediátrica. Su singularidad radica en el desarrollo de acropaquias en ausencia de neumopatía crónica, pudiendo atribuir su desarrollo a la presencia de reflujo gastroesofágico al comprobar remisión sintomática y mejoría de parámetros

analíticos tras la cirugía correctora del mismo. Su fisiopatología no está clara y la bibliografía es escasa habiendo descritos hasta el momento solo 10 casos. **Conclusiones:** Las acropaquias son un signo clásico de la medicina. Los síntomas y signos asociados deben guiar la evaluación diagnóstica inicial, pero es necesaria una visión global del paciente para completar su estudio. La tríada de Herbst es una manifestación inusual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico caracterizada por la presencia de anemia ferropénica, acropaquias e hipoalbuminemia y debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente con acropaquias.

P-181

ADENITIS CERVICAL DE ORIGEN POCO FRECUENTE

Vega López, L.; Mesa Lombardero, E.; Delgado Nicolás, S.; Salcedo Fresneda, O.; Crehuet Gramatyka, D.; Fernández Mijangos, M.; Calle Miguel, L. - Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P181>

Introducción: La adenitis aguda unilateral suele ser reactiva a procesos infecciosos. Sin embargo, es importante pensar en otras patologías y ampliar los estudios cuando la evolución no es adecuada. **Caso 1:** Niña de 3 años que ingresa por adenitis submandibular de 18 días de evolución, sin mejoría tras antibioterapia; afebril. Las pruebas complementarias iniciales fueron anodinas, persistiendo los signos locales a pesar de la antibioterapia intravenosa (iv). A los 2 meses presentó empeoramiento, requiriendo drenaje quirúrgico con cultivo positivo para *Mycobacterium mageritense*. Se pautó tratamiento con claritromicina y rifampicina, y exéresis quirúrgica. Dos meses después se produjo la recidiva de la enfermedad. Se mantuvo actitud expectante, con fistulización espontánea a los 21 meses del inicio del cuadro, y descenso progresivo de su tamaño. **Caso 2:** Lactante de 3 meses que ingresa con antibioterapia iv por adenitis cervical sin respuesta a la antibioterapia oral. Mejoría de la adenopatía tras 24 horas, pero con aumento de la proteína C reactiva y aparición de leucocitosis, anemia, hipoalbuminemia y piuria estéril; así como hiperemia labial y conjuntival, exantema maculopapular y edema de pies. Se diagnosticó de enfermedad de Kawasaki (EK), iniciándose tratamiento con inmunoglobulina humana inespecífica iv, metilprednisolona iv y ácido acetilsalicílico con mejoría clínica y analítica. **Conclusiones:** - Las micobacterias atípicas deben sospecharse en adenitis subagudas/crónicas en menores de 5 años sin mejoría tras la antibioterapia. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección, si bien la actitud expectante también presenta buenos resultados. - La linfadenopatía cervical como signo inicial de EK es poco frecuente. Además, el resto de criterios clínicos no siempre están presentes al mismo tiempo, por lo que es importante pensar en esta entidad cuando aparecen otros signos de inflamación sistémica.

P-182

ASIMETRÍA DE MIEMBROS INFERIORES, ¿QUÉ PODRÍA SER?

Palma Conesa, M.C.; Vélez Moreno, E.; García Peces, P.; Cadenas Villegas, A.S.; Sevilla Pérez, M.B. Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P182>

Introducción: El linfedema es el acumulo de líquido linfático en el espacio intersticial por alteración en el drenaje. Puede ser primario por atrofia/hipoplasia de vasos linfáticos y se subdivide en

congénito, precoz (edad puberal) y tardío (mayores de 35 años) o secundario a causas obstructivas por traumatismo, cirugía, etc. **Caso clínico:** Mujer, 13 años, en seguimiento por linfedema en miembro inferior derecho (MID) de un mes de evolución. Aumento de tamaño progresivo sin dolor ni limitación funcional al inicio. Desde hace una semana aumento de tamaño con la bipedestación y dolor tras ejercicio intenso. No hay antecedentes familiares de edema en miembros. Menarquia hace 3 meses. **Exploración física:** Asimetría de miembros inferiores con edema hasta raíz de MID de consistencia blanda-elástica con dorso de pie turgente sin placa de fibrosis ni fovea. Signo de Stemmer y Homans negativos. **Pruebas complementarias:** Ecografía Doppler de MID compatible con edema difuso del tejido celular subcutáneo desde muslo hasta tobillo. Ecografía de abdomen, analítica de sangre y orina normales. Se amplía estudio realizando linfogammagrafía con migración retardada del radiotrazador en MID con vías colaterales en pantorrilla y flujo dérmico. Dada la edad de la paciente y el contexto de menarquía reciente se concluye como primera sospecha linfedema primario precoz. Se inicia tratamiento conservador con medidas físicas con buen resultado y estabilidad del linfedema. **Conclusiones:** - Ante un paciente pediátrico con tumefacción en MID es importante un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo celulitis, artritis, trombosis venosa profunda y linfedema. - El linfedema en pacientes adolescentes con menarquía reciente implica la sospecha de enfermedad de Meige que es una forma de linfedema precoz que se atribuye a mutaciones en el gen FOXC2. - El edema no suele desaparecer, el principal objetivo terapéutico es evitar su progresión y las complicaciones como la linfangitis.

P-183

COLORACIÓN ANORMAL DE LA PIEL; NO TODO ES LO QUE PARECE

Alonso Alonso, A.¹; Muñoz Lumbreras, M.¹; Mesa Lombardero, E.¹; Salcedo Fresneda, O.¹; Santos Gómez, L.¹; García Riaño, L.².

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España;

²Centro de Salud Ventanielles, Oviedo, España.

<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P183>

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante de 10 meses que consulta por coloración amarillenta de la piel desde hace varias semanas, sin otra clínica asociada. A la exploración presenta piel con tinte icterico, predominando en palmas y plantas, sin afectación de mucosas. No se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia. Mantiene muy buen estado general, afebril y con adecuada ganancia ponderal. Se le realiza un primer control analítico en el que los niveles de bilirrubina, tanto total como directa son normales; como único hallazgo presenta leve ferropenia, sin anemia y con ferritina normal. Se decide mantener actitud conservadora y ver evolución. A los cuatro meses consulta nuevamente por cuadro similar. Persiste tinte icterico en la piel, sin síntomas gastrointestinales y sin coluria ni acolia. La madre niega consumo excesivo de carotenoides, aunque sí reconoce darle purés de frutas y verduras en varias comidas al día. Se repite el control analítico, que persiste sin alteraciones. Ante color amarillento de la piel, sin otra sintomatología asociada y con pruebas hepáticas normales, se decide disminuir los aportes de carotenos en la dieta (en este caso los purés de frutas y verduras). Tras dos meses presenta normalización del tono cutáneo. **Comentarios:** La carotinemia es una entidad clínica benigna y frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por una hiperpigmentación cutánea amarillo-anaranjada sin otras alteraciones clínicas o analíticas asociadas. La causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos ricos en betacarotenos,

entre los que se encuentran frutas y verduras. La edad más frecuente de presentación son niños menores de tres años. Su diagnóstico es clínico y el diagnóstico diferencial principal es con la ictericia, en el que si se ven afectadas las mucosas. Su tratamiento consiste en una dieta con restricción de carotenos.

P-184

COMPLICACIONES EN SUTURAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Cabrera, S.; Dopazo Ramos, N. - CAP Vila Olímpica, Barcelona, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P184>

Niña de 8 años de edad que acude con los padres por herida en tobillo derecho, tras accidente con el radio de la rueda de la bicicleta. Presenta herida inciso-contusa de cara lateral de tobillo derecho aproximadamente de 6 cm, con escasa secreción hemática. Previa asepsia, se administra anestésico local (mepivacaína 2 %), se explora la herida sin observarse compromiso tendinoso, se realiza sutura con prolene 4/0 y se indica tratamiento antibiótico. La paciente acude a centro de Atención Primaria para retirar puntos de sutura, se objetiva presencia de esfacelo y edema, que tratamos con hidrofibra de plata y por mala evolución se decide alargar la duración del tratamiento antibiótico. En el Servicio de Cirugía le retiran puntos a los 16 días, en ámbito hospitalario dada la mala evolución de la misma. Viene para curas a primaria, mantenemos hidrofibra de plata hasta eliminación de esfacelo. A los 21 días de cura se observa pequeña isla en la zona central, necrosada (antiguo pulpejo suturado). Utilizo desbridamiento químico (colagenasa) y desbridamiento mecánico (bisturí del 15), para placa necrosada con buena evolución. A los 35 días desde el traumatismo empieza a observarse tejido de granulación. Finalmente reduce úlcera al día 42, epiteliza y aparece pequeña costra central que se resuelve gracias a hidrocoloide; epitelizándose por completo y dando el alta con consejos de maduración al día 66 del accidente.

P-185

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES RARAS A PARTIR DE SÍNTOMAS COMUNES

Gómez Martín, M.I.¹; Redondo Granado, M.J.²; María Guerrero, R.³; Martín Sierra, M.J.¹. - ¹EAP Tudela, Tudela de Duero (Valladolid), España; ²EAP Gamazo, Valladolid, España; ³EAP Parquesol, Valladolid, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P185>

Caso 1: Varón de 14 años y 6 meses. Antecedentes perinatales y somatometría al nacimiento normales. Talla baja en rama materna. Tratamiento con metilfenidato por TDAH. Adecuado crecimiento hasta los 12 años. Talla: 150, armónica con descenso del percentil 25 al percentil 3 en los dos últimos años. Talla diana: 169. Estadio puberal G2P2. No dismorfias. Hemograma, bioquímica sanguínea, IgA, anticuerpos antitransglutaminasa, prolactina, IGF-1 y hormonas tiroideas normales, gonadotropinas en valores prepuberales. Edad ósea: 14 años 2 meses. Tras 6 meses, presenta una escasa velocidad de crecimiento: 4,8 cm/año y se deriva a Endocrinología. TSH, IGF-1, IGFBP3 y testosterona normales. T4 libre: 0,77 ng/dl, FSH: 1,63 UI/l, LH: 2,9 UI/l. Estadio puberal G3P3, gen SHOX/PAR1 normal. Se inició tratamiento con levotiroxina persistiendo escasa velocidad de crecimiento y desfavorable pronóstico de talla. Se solicita estudio genético de exoma de talla baja: portador heterocigoto de variante patogénica: c.1342G>A (p.G448R) en el gen COL1A2 asociado con diferentes tipos de osteogénesis imperfecta, presente también en la madre. **Caso 2:** Mujer de 6 años. Presenta

episodios de cefalea que en unos meses se han incrementado en frecuencia e intensidad hasta hacerse prácticamente diarias, escasa respuesta a analgésicos habituales, en ocasiones le interrumpen el sueño o se acompañan de vómitos, abdominalgia y/o febrícula vespertina. Fondo de ojo y analítica sanguínea normales. En RMN cerebral se aprecia una sustancia gris nodular heterotópica periventricular bilateral difusa por trastorno congénito de la migración neuronal. Estudio genético de exoma dirigido: cambio patogénico en el gen *FLNA* c.5562C>A (p.Y1854*) en heterocigosis. La madre presenta similar alteración. **Conclusión:** Los avances tecnológicos en el estudio del genoma humano han permitido facilitar y abaratar las técnicas de secuenciación del mismo, permitiendo estudiar pequeñas variantes genéticas del exoma y asociarlas con síntomas y signos clínicos de enfermedades raras, facilitando su diagnóstico, la descripción enfermedades nuevas y la realización de un adecuado consejo genético.

P-186

“DOCTORA, MI HIJO SE ROMPE MUCHO LOS HUESOS”. A PROPÓSITO DE UN CASO

Navarro Esteban, M.T.¹; Hernández Fuentes, F.²; Iglesias Gómez, C.³. - ¹Centro de Salud Aljucer. Murcia, Aljucer, España; ²Centro de Salud Las Torres de Cotillas, Las Torres de Cotillas. Murcia, España; ³Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera, Murcia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P186>

Presentamos el caso de un preescolar de 5 años que acude a consulta por presentar fracturas ante mínimos traumatismos. **Anamnesis:** Refiere que, en los últimos 3 años, ha presentado: fractura diafisaria de cúbito izquierdo, de la base del primer metatarsiano del pie derecho, de la falange proximal del quinto dedo de mano izquierda, diafisaria de tibia derecha y de tercio medio de tercer metacarpiano de mano derecha. No otra sintomatología asociada. Refieren periodos perinatal y neonatal normales. Erupción de dentición decidua normal. Desarrollo psicomotor y del lenguaje normales. Padres marroquíes, consanguíneos. Sin otros antecedentes familiares de interés. **Exploración clínica:** Destaca macrocefalia relativa, por aumento de diámetro biparietal. Fisuras palpebrales cortas, escleras grisáceas. Pabellones auriculares algo bajos y rotados a posterior. Discreto prognatismo. Dientes normales. Aparato locomotor sin disimetrías ni deformidades. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de osteogénesis imperfecta (OI) se solicitó analítica con perfil hepático, renal, tiroideo e incluyendo vitamina D, PTH y calcio que fueron normales. También fue normal el cociente calcio/creatinina en orina. Se realizó interconsulta a Oftalmología y genética médica que corroboró la sospecha inicial y solicitó estudio molecular. **Conclusiones:** La OI es una enfermedad genética debida a mutaciones en los genes encargados de la síntesis del colágeno. La prevalencia se estima entre 1/10.000 y 1/20.000. Existen cuatro tipos diferentes, siendo la clínica de nuestro paciente compatible con la presente en el tipo I. La característica más relevante de todos los tipos es la fragilidad ósea, manifestada como fracturas múltiples esporádicas, pudiendo asociar dentinogénesis imperfecta y pérdida de audición. El manejo necesita un equipo multidisciplinar de especialistas en genética, ortopedia, fisioterapia, traumatología y rehabilitación. Existe tratamiento con bifosfonatos, pero han de usarse de forma individualizada. Tiene una herencia autosómico dominante y la identificación del defecto molecular permite ofrecer opciones reproductivas a los afectados.

P-187

ENFERMEDAD DE KAWASAKI, UN CASO CON DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

De La Fuente Sánchez, L.; Silva Caparrós, N.; Montes Araujo, P.D.C.; Domínguez González, L.M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P187>

Paciente de 4 años, sin antecedentes personales relevantes, valorado en Urgencias por fiebre de 24 horas de evolución. Asociaba disfonía y odinodisfagia. A la exploración destacaba hipertrofia amigdalar, sobre todo derecha, con pilares periamigdalinos simétricos y úvula centrada. Dolor a la movilización cervical, sin limitación franca. No trismus. Valorado por Otorrinolaringología (ORL) quienes indicaron actitud expectante e inicio de amoxicilina oral. Vuelve a consultar a las 24 horas por persistencia de la fiebre y mayor limitación a la movilidad cervical con adenopatía laterocervical derecha dolorosa a la palpación. Valorado de nuevo por ORL a quienes no les impresiona de complicación local, aunque ante la clínica se decide ingreso con antibioterapia intravenosa, se solicita analítica y TC con contraste. En la analítica destacaba una leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. En las imágenes del TC se observaron numerosas adenopatías cervicales bilaterales, mayores en lado derecho, aunque sin identificarse colecciones susceptibles de drenaje. A su ingreso se administra antibioterapia con cefuroxima-clindamicina durante 24 horas. Ante la no mejoría de la fiebre e inicio de exantema, hiperemia conjuntival progresiva, eritema labial y adenopatía cervical, se sospecha enfermedad de Kawasaki y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas y corticoterapia. Tras 24 horas afebril, coincidiendo con fin de inmunoglobulinas, reinicia fiebre con aumento de reactantes importante. Además, hay un empeoramiento progresivo de la ecocardiografía con presencia de aneurismas coronarios en aumento, precisando bolos de corticoides e inicio de anakinra. Ante los hallazgos ecocardiográficos, se inicia doble antiagregación, aunque posteriormente se modifica a ASS y HBPM ante presencia de aneurisma gigante (Z score +10). Al alta, tras 22 días de ingreso, se encontraba asintomático, aunque persistían en ecocardiografía, los aneurismas coronarios, por lo que continuó en domicilio con anticoagulación, corticoterapia, anakinra y tratamiento con betabloqueante a la espera de control en consultas externas.

P-188

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS, UN RETO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Garrido Ibáñez, C.¹; Espigado Colombo, E.¹; Morera Sanz, M.I.². - ¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España; ²Centro de Salud Adoratrices, Huelva, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P188>

Anamnesis: Niña de 11 años, sin antecedentes de interés personales ni familiares, y correctamente inmunizada, acude a su pediatra de Atención primaria por aparición de tumoración en zona occipital con induración de las capas superficiales de la piel. Afebril, no doloroso a la palpación. Un año y medio más tarde vuelve a consultar por cambio de coloración de los dedos de las manos desde palidez cutánea a eritema que no relaciona con exposición a frío. **Exploración clínica:** Tumoración a nivel occipital donde se palpa induración de 3-4 mm de bordes definidos, no adherido a planos profundos, no aumento de temperatura local ni eritema. Piel que la cubre engrosada. Aporta fotografías de

los cambios de coloración en dedos de ambas manos compatible con fenómeno de Raynaud. Resto de la exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita: - Ecografía de partes blandas: probable quiste de inclusión epidérmica. - Analítica con marcadores reumatológicos: - Hemograma, VSG y bioquímica normales. - Autoinmunidad: - Ac anti NOR-90: POS (+++). - Ac antinucleares: POS 1/160 de patrón mixto (homógeno y nucleolar). Ante la clínica, hallazgos analíticos y sospecha de fenómeno de Raynaud secundario a esclerodermia sistémica juvenil, se realiza derivación a consultas de Reumatología. **Conclusiones:** - Los anticuerpos anti NOR90 son poco prevalentes y se han descrito principalmente en pacientes con esclerodermia sistémica y fenómeno de Raynaud, aunque también pueden estar presentes en otras enfermedades autoinmunes sistémicas como el LES o la AR. - La información referente sobre la esclerodermia infantil es muy limitada, ya que son pocas las series publicadas y de escasos pacientes. Realizar una orientación diagnóstica desde Atención Primaria es, en ocasiones, todo un reto diagnóstico. - La anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias irán orientadas hacia la detección de síntomas de alarma que motiven la derivación a Reumatología.

P-189

EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LAS QUEMADURAS, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Morcillo Martínez, C.¹; Aparisi, V.¹; Pons Morales, S.²; Ugarov, A.¹; De Jesús, S.¹; Molla, A.¹; Arcos Machancoses, J.V.³; Angelats, C.M.⁴. - ¹Hospital Universitario Francesc de Borja, Gandía, España; ²Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España; ³Hospital Clínico Universitario, Valencia, España; ⁴Escuela de doctorado, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P189>

Objetivos: - Describir las características clínicas y epidemiológicas de las quemaduras en los pacientes pediátricos atendidos en un hospital de segundo nivel durante los últimos cinco años (2018-2022). - Revisar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que recoge datos de la base de datos Orion Clinic desde 2018 hasta 2022 de pacientes menores de 15 años, atendidos por quemaduras en Urgencias de un hospital de segundo nivel. Se analiza las características sociodemográficas y clínicas de cada caso. **Resultados:** Se obtiene una muestra total de 122 quemaduras. El lugar más frecuente es la cocina (19 %) y el tipo más común es la térmica por contacto (43 %). El 30 % de los casos se agrupan en los meses de junio y julio, con especial incidencia (4 %) en la festividad de San Juan. El grado 2 superficial abarca un 52 % de las quemaduras, no figurando el porcentaje de cuerpo afectado en un 89 % de los casos, así como tampoco la valoración del dolor (70 %). El ibuprofeno oral se pautó en un 31 % de los casos (casos totales con analgesia 30 %). En el caso del tratamiento tópico, destaca una muestra de 37 tratamientos distintos. Por último, Atención Primaria abarca un porcentaje en el seguimiento de estos pacientes de hasta el 30 %. **Conclusiones:** - Las quemaduras en nuestro hospital ocurren con más frecuencia en los meses de junio y julio, especialmente coincidiendo con la festividad de San Juan. - El mecanismo más habitual es de tipo térmico por contacto, siendo una quemadura grado 2 superficial la más frecuente. - Tendemos a una falta de recogida en nuestras historias clínicas del área de superficie quemada y de la valoración del dolor. - El seguimiento de la mayoría de las quemaduras se realiza en Atención Primaria.

P-190

FLEBECTASIA DE LA VENA YUGULAR INTERNA

De La Cruz Hidalgo, M.D.; Alberdi Brea, I.; Carrión Medina, A.; Serrano Carreño, I.; Marín Patón, M.; Marcos Fuentes, L.; Risquete García, R. - Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P190>

Anamnesis, exploración clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Lactante mayor varón de 16 meses que acude a consulta por síndrome febril. A la exploración física se objetiva que, con el llanto aparece por delante del músculo esternocleidomastoideo una masa vertical azulada bilateral, blanda que no impresiona de dolorosa. Se inicia estudio, solicitándose una radiografía de tórax sin encontrarse alteraciones significativas. Así mismo, se solicita una ecografía de cuello junto con ecografía Doppler. En la ecografía se estudian las tumoraciones cervicales que se corresponden ecográficamente con las venas yugulares internas normales, colapsable con la compresión y que se dilatan significativamente con Valsalva (llanto del bebé). Mediante Doppler, color y espectral se demuestra que están permeables, con flujos adecuados, sin evidencias de trombos. Todo esto lleva a la conclusión de flebectasia de las venas yugulares internas. **Conclusiones:** - En Pediatría, la etiología de las masas cervicales es muy amplia, pero si atendemos a una característica importante, como el aumento de tamaño de la masa con maniobras de Valsalva y su reducción cuando el paciente se encuentra en reposo, el diagnóstico diferencial se reduce a seis entidades. - La flebectasia de la vena yugular interna es una entidad benigna y autolimitada. A pesar de ello, se considera una entidad desconocida en el ámbito pediátrico, lo que lleva en ocasiones a un diagnóstico desacertado y por ende, a un manejo inapropiado.

P-191

HALLAZGO CASUAL DE UNA MASA HEPÁTICA EN ESTUDIO DE UN CUADRO DE HIPERTENSIÓN

Pastor Arilla, C.¹; Sánchez Bueno, I.¹; Morales Albert, C.R.²; Jordà Castro, À.¹; Sitjà Bou, A.¹; Alabau Garrido, E.¹.
¹Centro de Atención Primaria Santa Clara. ABS 1 Girona, Gerona, España;
²Centro de Atención primaria Can Gibert. ABS 4 Girona, Gerona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P191>

Anamnesis: Niño de 7 años que presenta desde hace dos días: dolor abdominal cólico, una deposición desecha y un vómito, afebril. No antecedentes familiares ni personales de interés. No está tomando fármacos. **Exploración física:** Aceptable estado general, ojeroso, normohidratado y normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal. Otoscopia normal. Faringe: congestiva, sin exudado. Talla: 121 cm. Peso: 20,3 kg. IMC: 14,1 kg/m². Tensión arterial (media de 4 tomas): 157/99 mmHg (>p99 para edad y talla + 5 mmHg). Frecuencia cardiaca: 62 lpm. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde se realizan: gasometría capilar, analítica de sangre, sedimento de orina, electrocardiograma y radiografía de tórax normales; test rápido de detección de estreptococo de grupo A positivo. En Urgencias se administran dos dosis de nifedipino, con normalización de tensiones. Se revalora en 24 horas, presentando de nuevo hipertensión. Se decide ingreso con tratamiento antihipertensivo, normalizándose la tensión, pudiéndose retirar medicación. Se completa estudio con ecocardiograma y fondo de ojo que son normales. Se realiza resonancia abdominal donde se objetiva una lesión ocupante de espacio hepática de unos 2,5 cm con aparente cicatriz central, la lesión puede corresponder a una lesión tipo hiperplasia nodular

focal, sin poder descartar carcinoma fibrolamelar. Es dado de alta con controles en nefrología y hepatología pediátrica. Actualmente está pendiente de completar estudio de hipertensión arterial y de realizar biopsia hepática. **Conclusiones:** La hiperplasia focal nodular puede ser un descubrimiento casual, como en este caso, en el que el hallazgo se produce durante el estudio de una hipertensión arterial, sin que se pueda relacionar con la misma. Aunque no maligniza, en las pruebas de imagen puede plantear dudas diagnósticas con el carcinoma fibrolamelar, llegando a ser necesario realizar una biopsia. Ambas entidades son extremadamente raras y pueden presentar una cicatriz central.

P-192

HIPERINSULINISMO CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Macías García, M.; Sierra Capitán, P.; Martínez Prieto, F.; Medina Bethencourt, M.; Ruiz Jiménez, E.; González De Val, C.; Buzón Pérez, M.G.; Abreu Fernández, C.; Padilla Lumera, E.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P192>

El término hiperinsulinismo congénito engloba un grupo heterogéneo de trastornos genéticos caracterizados por una alteración de la secreción insulínica que implica episodios recurrentes de hipoglucemia. Es la causa más frecuente de hipoglucemia persistente en la infancia temprana, con una incidencia global de 1 por cada 30.000-50.000 nacidos. **Anamnesis:** Lactante de 2 meses derivado por hiperinsulinismo persistente. Ingresó en UCI-Neonatal con escasas horas de vida por hipoglucemias persistentes a pesar de aportes orales de glucosa. A las 48 horas de vida, coincidiendo con episodio de hipoglucemia de 29 mg/dl, presenta episodio de hipertensión generalizada y movimientos de chupeteo, acompañados de cianosis central, bradicardia y desaturación que cede tras administración de suero glucosado al 10 %. Tras valoración por Endocrinología, se diagnosticó de hiperinsulinismo congénito y se inició tratamiento con dióxido, precisando añadir octeótrido e hidroclorotiazida por mal control. Alimentado con débito continuo por sonda nasogástrica desde el tercer día de vida (lactancia materna con dextrinomaltoza). **Exploración:** Macrosoma. Hirsutismo de predominio facial. **Pruebas:** - TAC: lesión en retroperitoneo izquierdo. - PET-TC: aumento focal del metabolismo en cuerpo pancreático. - Estudio genético: Variante patogénica en heterocigosis en exón 5 del gen ABCC8 (herencia paterna). Se realiza intervención quirúrgica, reseccándose nódulo pancreático, con diagnóstico de nesidioblastosis. Tras ello se resuelven los episodios de hipoglucemia y no precisa tratamiento en domicilio. **Conclusiones:** - Cualquiera que sea el tipo de hiperinsulinismo congénito y dado el riesgo nada desdeñable de daño neurológico permanente, la prioridad es iniciar un tratamiento que mantenga la normoglucemia lo más precoz y eficazmente posible. - Cuando la enfermedad ocurre por mutación en los genes ABCC8 o KCNJ11 heredada del padre, esto indica mayor probabilidad de enfermedad focal y, por tanto, mejor pronóstico. - El manejo inicial es médico, pero en caso de fracaso, la pancreatometomía parcial es el tratamiento quirúrgico de elección.

P-193

LA IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL SÍNDROME DE PATAU: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Lozano, M.J.; Croche Santander, B.; Domínguez González, L.M.; Silva Caparrós, N. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P193>

El síndrome de Patau es una trisomía del cromosoma 13 con manifestaciones variadas. Destacan las neurológicas, respiratorias, cardiológicas y las malformaciones de línea media.

La mediana de supervivencia de estos pacientes es de 7 días, falliendo el 91 % en el primer año. Sin embargo, según algunos autores, actualmente estamos ante un cambio de paradigma; en un estudio realizado en Canadá, aquellos que sobreviven 6 meses tendrán hasta el 50 % de posibilidades de sobrevivir 10 años. Los factores que condicionan un aumento de supervivencia son: sexo femenino, adecuado peso neonatal y gestación a término. En este contexto pasamos a analizar el caso de nuestra paciente, una lactante de 4 meses con el diagnóstico postnatal de síndrome de Patau, que presentaba como anomalías un cono medular prominente, una comunicación interventricular apical sin repercusión, reflujo gastroesofágico y una uropatía a filiar con función renal normal. Ingresó por insuficiencia respiratoria hipoxémica en el contexto de una infección viral. A la exploración basal destacan rasgos dismórficos (sin anomalías de línea media), tórax de aspecto restrictivo con tiraje subcostal que presentaba antes del episodio que motiva el ingreso y, a nivel neurológico, cierta hipertonia generalizada con fijación de la mirada e inicio de sostén cefálico. Durante su ingreso se visualizaron movimientos de miembros superiores sugestivos de espasmos, por lo que se solicitó un electroencefalograma donde se recogieron anomalías epileptiformes, sin hipsarritmia, iniciándose tratamiento con vigabatrina. Así mismo se analizó el caso desde un comité multidisciplinar, en el que participaron Cuidados Paliativos, Pediatría General, Neurología, Neumología, Digestivo... Como conclusión, con este caso clínico se aspira evidenciar la importancia de realizar un abordaje integral, que comience desde la consulta de Atención Primaria; debido a la diversidad de anomalías asociadas a este síndrome y a la necesidad de evaluar cada actuación particular en el contexto clínico del paciente.

P-194

PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARGEN TERAPÉUTICO ESTRECHO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Acuña Hernández, M.¹; Caro Uribe, P.²; Portilla Pinzón, A.³; Machado Duque, M.⁴; Orozco Escobar, A.⁵; Casanova Libreros, R.⁶.
¹Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Estudiante IV semestre maestría en Farmacología Clínica, Colombia; ²Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José de Bogotá, Especialista en toxicología e instructora asistente, Colombia; ³Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Magister en epidemiología, ciencias farmacéuticas e instructor asistente, Colombia; ⁴Audifarma S.A., Médico investigación grupo en farmacoeconomía y farmacovigilancia, Colombia; ⁵Audifarma S.A., Ingeniera, Analista de procesos FE, Colombia; ⁶Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Instructora Asociada a vicerrectoría de Investigaciones, Colombia. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P194>

Introducción: Los medicamentos de margen terapéutico estrecho, presentan pequeñas diferencias en la dosis o la concentración sanguínea y conducen a fallos terapéuticos graves y/o reacciones adversas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia en la prescripción de medicamentos de margen terapéutico estrecho en pacientes pediátricos incluidos en el Sistema General de Salud de Colombia entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal. Datos provenientes de un gestor farmacéutico sobre menores de 18 años que recibieron medicamentos de margen terapéutico estrecho incluidos en la base de datos DrugBank entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. **Resultados:** Entre

el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021, se dispensaron medicamentos para 777.924 pacientes menores de 18 años, de los cuales, 24.053 recibieron medicamentos de margen terapéutico estrecho, prevalencia de 3,09 %. Categoría ATC más frecuente fueron Dermatológicos en el 54,36 %, sistema nervioso con el 20,76 % y preparados hormonales sistémicos 13,86 %. La forma farmacéutica de mayor dispensación fue la cápsula o tableta. En cuanto a las potenciales interacciones farmacológicas, se presentaron en el 5 %, siendo la totalidad de riesgo clínico mayor y el 94 % solo presentó una potencial interacción. **Conclusión:** El uso de medicamentos de margen terapéutico estrecho en población pediátrica presenta una relación de 3 por cada 100 pacientes, clase ATC más frecuente fueron dermatológicos, subclase antibióticos de uso sistémico y molécula gentamicina; probabilidad de presentar potenciales interacciones farmacológicas de 5 por cada 100 pacientes pediátricos.

P-195

PROYECTO PILOTO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL AULA HOSPITALARIA: SATISFACCIÓN DE LOS NIÑOS INGRESADOS Y SUS FAMILIAS

García Zuazola, I.¹; Sobrino Fernández, M.E.²; Oiz Urriza, I.¹; Gómez Silva, G.³; Delgado García, A.C.⁴; Izquierdo Vázquez, V.⁵; Rico Díaz, J.⁶; Rodríguez Núñez, A.³. - ¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Médico residente de Pediatría, Santiago de Compostela, España; ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Profesora responsable del Aula Hospitalaria, Santiago de Compostela, España; ³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Médico adjunto de Pediatría, Santiago de Compostela, España; ⁴Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Psicóloga clínica, Santiago de Compostela, España; ⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Gestora de proyectos grupo SICRUS, Santiago de Compostela, España; ⁶Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela. Grupo de investigación ESCULCA, Santiago de Compostela, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P195>

Objeto de trabajo: La hospitalización en el paciente pediátrico es una experiencia estresante, tanto para el niño/a como su familia. El hospital se considera, en ocasiones, un lugar hostil que modifica el entorno, actividad y relaciones sociales de los pacientes. Para contrarrestar los efectos negativos de la hospitalización en la forma física y anímica del niño, y basándonos en evidencias de mayor bienestar psicológico y recuperación clínica precoz, se ha puesto en marcha un proyecto de psicomotricidad para niños hospitalizados. **Objetivos:** Proyecto piloto de implementación de actividad física en el aula hospitalaria en un centro terciario. Conocer la aceptación que este tiene para los niños ingresados y sus progenitores. **Metodología:** En una primera fase, los niños ingresados participaron en diferentes juegos y deportes. Las actividades incluyeron juegos de presentación, actividades de cooperación y socialización, ejercicios de fuerza adaptados, técnicas de relajación y estiramientos. La segunda fase del proyecto consistió en un estudio descriptivo transversal, a través de un cuestionario estructurado, que preguntaba a niños y padres sobre aspectos relacionados con la práctica de actividad física durante la hospitalización. **Resultados:** La muestra final la conformaron 55 niños y 22 progenitores. El 94 % de los pacientes mostró agrado por las actividades. Los ejercicios de relajación fueron los preferidos, seguidos por los ejercicios de estiramientos y fuerza. De los participantes progenitores, el 100 % concebía la participación de sus hijos en el proyecto como algo beneficioso y complaciente. **Conclusiones:** Las sesiones de actividad física resultaron muy satisfactorias, tanto desde el punto de vista lúdico como funcional, al

participar activamente en juegos y deportes adaptados. La inclusión de este proyecto en la práctica clínica hospitalaria implica una mejora asistencial en varios niveles, mejorando el problema concreto de la inmovilización hospitalaria y el bienestar psicológico de los niños y sus familias.

P-196

SE ME INFLAMA LA RODILLA

Zamora González, N.¹; Martínez Del Pozo, C.²; Tríguez García, M.². - ¹Centro de Salud Venta de Baños, Venta de Baños (Palencia), España; ²Centro de Salud Eras del Bosque, Palencia, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P196>

Caso 1: Niña de 6 años, inicia gonalgia izquierda inflamatoria con tumefacción de predominio matutino, 15 días después de haber recibido la vacuna triple vírica. No asocia fiebre ni otra sintomatología extraarticular. La tumefacción indolora persiste más de 6 semanas. En analítica sanguínea: ANA 1/80. Ecografía de rodilla: leve derrame en receso suprarrotuliano. Se diagnostica de artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular ANA+. Inicialmente se infiltró metotrexate intraarticular y metotrexate subcutáneo sin mejoría, se añadió etanercept subcutáneo semanal, retirando metotrexate paulatinamente. Apareció un brote inflamatorio a los 3 años del diagnóstico. Actualmente tiene 14 años, continúa con etanercept cada 21 días, no ha presentado uveítis en controles periódicos. **Caso 2:** Niña de 3 años con tumefacción indolora en rodilla derecha que asocia cojera por las mañanas. Limitación de la extensión. Antecedente de cuadro infeccioso 3 semanas antes. Se realiza analítica sanguínea con ANA 1/1.280. Serologías negativas. Líquido articular de características inflamatorias. Cultivos negativos en sangre y líquido articular. Ecografía compatible con proceso inflamatorio agudo. Persiste clínica 6 semanas y aparece sinovitis en tobillo. Revisión oftalmológica normal. Se diagnostica de AIJ oligoarticular y se inicia tratamiento con corticoide oral y metotrexate oral, mejorando la limitación funcional y la tumefacción en pocos días. **Conclusiones:** La AIJ afecta a 2.000 niños. Ambos casos coinciden con la forma más frecuente de AIJ, oligoarticular ANA+ en niñas pequeñas, con tumefacción indolora y limitación funcional. En ocasiones se presenta como episodios de artritis intermitente y con frecuencia asocia uveítis indolora en su evolución. Se diagnostica descartando otras causas de artritis y persistencia de síntomas durante más de 6 meses en menores de 16 años. El tratamiento incluye corticoterapia intraarticular y modificadores de la enfermedad como metotrexate y fármacos biológicos como etanercept. Este tipo de AIJ remite en un 50 % a los 5-10 años.

P-197

SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dopazo, N.; Pérez, S. - CAP Vila Olímpica, Barcelona, España.
<https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P197>

Niña de 6 años. Los padres consultan porque lleva 2 semanas refiriendo que ve los objetos de tamaño más pequeño o más grande de lo que son. Son episodios de varios segundos de duración, luego vuelve a verlos de tamaño normal. No otra sintomatología acompañante. Se remite a Oftalmología de manera preferente y se cita en consulta para valoración. En la visita programada con pediatra se realiza una exploración neurológica completa, que resulta totalmente normal. Se les pregunta a los padres por antecedentes infecciosos

recientes y explican cuadro de fiebre 3 semanas antes, de 4-5 días de duración (por el cual no consultaron). Se orienta como posible síndrome de Alicia en el país de las maravillas, se solicita analítica con serologías víricas. Se recibe resultado de la analítica sanguínea: serología IgG CMV positiva (411). Se confirma la hipótesis diagnóstica de síndrome de Alicia en el país de las maravillas, secundaria a infección por CMV. Cuando se llama a los padres para comunicar los resultados la niña ya lleva sin presentar síntomas 4-5 días. Valorada por oftalmólogo y optometrista, sin hallazgos.

P-198

SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS

Segura Machado, A.M.; Ruiz Sáez, B.; Sánchez Gallego, P.; García Pinilla, L. - HURS, Córdoba, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P198>

Introducción: El síndrome de shock tóxico (SST) es una enfermedad grave causada por bacterias productoras de toxinas, generalmente *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. El diagnóstico se realiza a través de los criterios del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC): - Fiebre >38,9°C. - Eritrodermia macular difusa. - Descamación en palmas a las 1-2 semanas. - Hipotensión. - Compromiso multiorgánico (3 o más de estos órganos): gastrointestinal, mucosas, muscular, renal, hepático, hematológico o sistema nervioso central. - Resultados negativos de: hemocultivos (pueden ser positivos a *Staphylococcus*), u otros cultivos estériles. **Material y métodos:** Varón de 13 años con cuadro de fiebre de 4 días de evolución (41°C), odinofagia, diarrea, dolor abdominal, asociando desde hace 7 días, dolor distal tibia derecha. Aparición de exantema eritrodérmico en tronco y piernas hace 24 horas. No traumatismos, ni heridas. En exploración destaca marcada eritrodermia de predominio en tronco, extremidades y pliegues, respeta palmas y plantas asociado a hipotensión. Dolor a punta de dedo en cara interna de región proximal de tibia derecha. No cojera. Rodilla normal. En analítica sanguínea destaca leucocitosis con neutrofilia. Ionograma, función renal normal. Discreta hipertransaminasemia y coagulopatía. PCR 83,3 mg/L. Radiografía de pierna derecha: imagen radiolúcida, borde escleroso en metafisis femoral derecha sin datos de osteomielitis. Ante sospecha de SST estafilocócico secundario a osteomielitis, se inicia antibioterapia con cloxacilina y clindamicina con respuesta clínica favorable remitiendo fiebre y dolor. En RM se confirma osteomielitis en región metafisaria tibial con absceso subperióstico, aislándose en hemocultivo *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. A los 7 días descamación predominantemente en pliegues y palmas. **Conclusiones:** - El SST es una enfermedad grave e infrecuente en Pediatría. - La sospecha diagnóstica es fundamental, y debe iniciarse antibioterapia precoz asociando antibióticos con efecto antitoxina. - En casos graves estaría indicada inmunoglobulina específica. - Las manifestaciones clínicas se solapan con otras entidades más frecuentes como Kawasaki shock.

P-199

TORTÍCOLIS EN PEDIATRÍA: ¿QUÉ ESCONDE DETRÁS?

Gran Vargas, I.; Muñoz Torres, M.; Pérez Vereda, M.; Croche Santander, B.; León Leal, J.A. - Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P199>

Anamnesis: Varón de 16 meses, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta por tortícolis de 11 días de evolución

sin respuesta a antiinflamatorios y calor local. Refiere pico febril aislado de 38,5°C hace 13 días, presentando a las 48 horas hiperextensión cervical y lateralización hacia el lado derecho sin traumatismo previo. **Exploración clínica:** Destaca una postura en hiperextensión y lateralización derecha cervical con limitación a la flexión, pasiva y activa. No dolor a la palpación espinal, sí a la movilización. No limitación a la deambulación ni sedestación, manipula objetos sin dificultad. El resto de la exploración por órganos y aparatos normal, incluyendo exploración neurológica completa. **Procedimientos diagnósticos:** - Hemograma, coagulación, bioquímica con LDH, perfil hepático y renal sin alteraciones. - Proteína C reactiva: 30,7 mg/L. - Hemocultivo: muestra contaminada. - Mantoux: lectura de 0 mm a las 72 horas. - RMN cervico-dorsal: - Signos inflamatorios de la articulación C1-C2 que se asocia a un foco de alteración de la señal e hiperemia a nivel de la base de la odontoides, sugestivo de artritis C1-C2 y osteomielitis de C2. No se identifican alteraciones a nivel intracraneal. - Analítica de control tras 5 días de antibioterapia con PCR 1,2 mg/L. **Procedimientos terapéuticos:** Se instaura de forma empírica tratamiento con cefuroxima intravenosa, objetivándose a las 48 horas mejoría de la movilidad cervical. Se mantiene de forma endovenosa 11 días con posterior terapia secuencial oral hasta cumplimentar 4 semanas. **Conclusiones:** La tortícolis es un signo clínico que puede deberse a numerosas etiologías, siendo alguna de ellas potencialmente graves. Es fundamental identificar aquellos datos clínico-analíticos sugestivos de causas severas como en nuestro caso fue la duración y la elevación de reactantes. La osteomielitis aguda cervical es una causa infrecuente de tortícolis. Su identificación y tratamiento precoz permiten obtener mejores resultados en la fase aguda y evitar secuelas a largo plazo.

P-200

Y... ¿SI NO ES UN SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE?

Roldán Montero, A.I.¹; Roldán Montero, M.². - ¹CS San Bartolomé, San Bartolomé de Lanzarote, España; ²Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. <https://doi.org/10.48158/SEPEAP2023.P200>

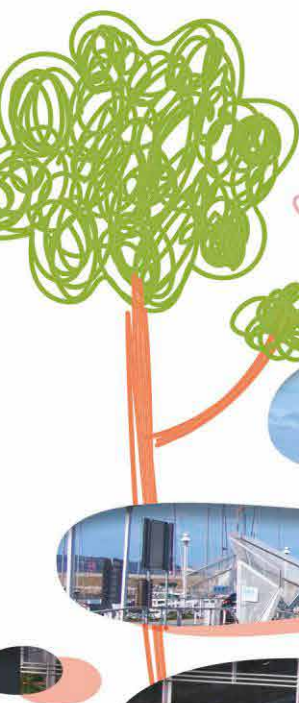
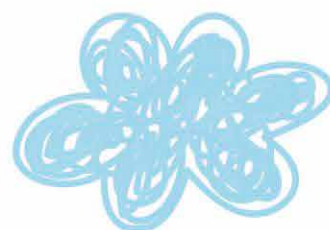
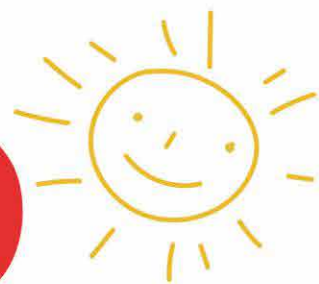
Anamnesis: Lactante de 18 meses, procedente de rescate por salvamento marítimo, que acude a revisión de los 18 meses por primera vez en Atención Primaria, acompañada de su familia de acogida. Antecedentes de embarazo y parto desconocidos, así como antecedentes personales y de calendario vacunal. **Exploración física:** A la exploración de constantes presenta peso por debajo de percentil 3, talla percentil 25, resto de antropometría normal. A la exploración impresiona de hipertriosis leve, cejas gruesas que se reúnen en la línea media, pestañas largas, dientes pequeños y espaciados, y posición de ambos pabellones auriculares bajos. Resto de exploración por aparatos normal y desarrollo psicomotor acorde a la edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se recomienda a familia realización de estudio genético por sospecha de síndrome de Cornelia de Lange, descartándose el mismo, pero desde el laboratorio de genética recomiendan ampliar estudio por encontrar anomalías genéticas adyacentes, las cuales fueron concluyentes para la mutación del gen USP7, correspondiente con el síndrome de Hao Fountain. **Conclusiones:** El síndrome de Hao Fountain es un trastorno genético muy infrecuente, con una prevalencia <1/1.000.000, de herencia autosómica recesiva. Se ha descrito en varones y mujeres, siendo su edad de presentación más característica la neonatal. Se trata de una enfermedad multisistémica, caracterizado por déficit intelectual, sordera, anomalías esqueléticas y rasgos faciales toscos. Otros signos descritos son la estatura baja, perímetro cefálico grande, convulsiones generalizadas y comportamiento amistoso.

37 CONGRESO NACIONAL
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

sepeap

19-21 OCTUBRE
Palacio de Congresos de Gijón

2023



sepeap
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

GRUPO PACIFICO
The power of meeting

C/ Marià Cubí 4 · Pral. 08006 Barcelona
C/ Castelló 128, 7ª planta · 28006 Madrid
congreso-sepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org