

# Resúmenes

## XXI Reunión Científica Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura Jerez de la Frontera, 25-26 noviembre 2016

### **Síndrome metabólico en la infancia**

**Autor(es):** A. Amaya Lautz, M. López Marcos, E. García García

**Centros:** Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción:** El síndrome metabólico también se conoce como síndrome de resistencia insulínica o síndrome X. Es un conjunto de alteraciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.

**Caso clínico:** Paciente de 10 años derivada por su pediatra a las consultas de Endocrinología pediátrica por obesidad con acantosis nigricans e hiperglucemia.

**Exploración:** Peso 71.7 kg Talla 154.9 cm (percentil 94). Índice de masa corporal 29.88 kg/m<sup>2</sup> (+ 3.21DE), TA125/67 mm Hg (p96/p63) y126/73 mm Hg (p96/p80). Perímetro de cintura 95.5 cm (+3.89 DE). Pubarquiaincipiente, no axilarquia, telarquía. Ningún otro hallazgo patológico. Acantosis nigricans en cuello y axilas, bocio no. No rasgos dismórficos. Posible hepatomegalia.

**Análíticas:** glucemia capilar en ayunas141 mg/dl, 174 mg/dl, 156 mg/dl, perfil hepático: normal, perfil lipídico: colesterol total 102 mg/dl, HDL 15 mg/dl, LDL 46 mg/dl, TG 207 mg/dl. Perfil tiroideo: normal. Ac antitiroideos: negativos. Insulina: 98,4 microU/ml. Péptido C: 11,27 ng/ml. Anticuerpos antipancreáticos: anti-GAD y anti-IA2 negativos. Hb glicosilada 7,7%.

La paciente cumple los 5 criterios de síndrome metabólico:

- obesidad abdominal con perímetro de cintura >percentil 90
- presión arterial >percentil 90
- triglicéridos >110 mg/dl ó percentil >95
- HDL-colesterol <40 mg/dl en ambos sexos ó percentil <5
- glucemia basal >100 mg/dl o dos horas tras la sobrecarga >140 mg/dl

**Discusión:** El síndrome metabólico es una de las complicaciones más importantes del exceso de peso. Se estima que puede afectar a un 5% de los adolescentes. Debemos ser conscientes de su existencia en la edad pediátrica y sospecharlo para poder diagnosticarlo y tratarlo precozmente, ya que los niños con este síndrome tienen

más riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 en el futuro y de forma precoz. La medida prioritaria en la prevención y tratamiento es la intervención sobre los hábitos de vida: aumento de la actividad física y alimentación saludable, actuando lo más precozmente posible y dirigiendo las recomendaciones a toda la familia, no exclusivamente a nuestro paciente.

### **Síndrome de Kocher-Debré-Semelaigne**

**Autor(es):** J.A. Guío Bácares, F.J. Macías López, R. Chulian Cruz, M.A. Santos Mata, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Servicio Pediatría. Hospital SAS Jerez.

**Introducción:** El Síndrome de Kocher-Debré-Semelaigne generalmente se presenta entre los 18 meses y los 10 años de edad con una baja incidencia y una prevalencia aún no conocida. Es un cuadro clínico caracterizado por la aparición de una pseudohipertrofia muscular en pacientes con hipotiroidismo crónico grave no diagnosticado en el que se constata, además de la alteración del eje tiroideo, una elevación importante de la enzima creatinofosfoquinasa (CPK).

**Caso clínico:** Niño de 8 años remitido para estudio por alteración del perfil tiroideo. Historia clínica de unos meses de evolución consistente en astenia, adinamia, descenso del rendimiento escolar, estreñimiento y dolor a nivel de pantorrillas. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: Nacido a término con peso y talla normales, período neonatal normal. Bronquitis durante la primera infancia. Bien vacunado. No alergias conocidas. En la exploración observamos: Peso:33.3Kg(SDS:0,7 DS); Talla:131cm(SDS:0,28DS), PC:52cm(P30), IMC:19.4 Kg/m<sup>2</sup> s.c(SDS:0,75DS); T.A.103/51mmHg. Facies hipopsíquica e hipertrofia muscular leve de miembros con hiperestesia a la palpación de las pantorrillas. Bocio grado Ia. Estadio puberal I. Resto de exploración normal. De los exámenes complementarios destacamos: TSH: 482.2mIU/ml, T4 libre: 0.249ng/dl, T3 libre: 2.5pg/ml, Tiroglobulina:0.242ng/ml, Ac. antitiroglobulina: 579.6 UI/ml, Ac. antiperoxidasa: 462.5UI/ml, Colesterol total: 270mg/dl, colesterol LDL 174mg/dl, colesterol HDL 94mg/dl, Triglicéridos: 41mg/dl, CPK: 329U/L, LDH: 352U/L, Prolactina: 35ng/ml, 25-OH vitamina D: 20,7ng/ml. Ecografía Tiroidea: signos compatibles con tiroiditis crónica. Radiografía de carpo: edad

ósea 6 años. RM Hipofisis: Microadenomahipofisario de 1.4mm.

Se diagnostica de Hipotiroidismo grave secundario a tiroiditis autoinmune y Miopatía asociada, se inicia tratamiento con Eutirox 100mcg/día.

Pasados 2 meses de tratamiento presenta mejoría de la facies y de la astenia-adinamia y desaparece el dolor a nivel de pantorrillas. Analítica de control: TSH:12.33mcUI/ml, T4L:1.45ng/dl, T3L:5.21pg/ml, tiroglobulina:0.04ng/ml, Ac antitiroglobulina:600.9UI/ml, Ac. antiperoxidasa:424UI/ml, CPK:80U/L, Colesterol total: 157mg/dl, Triglicéridos: 63mg/dl y Prolactina: 20.94ng/ml.

**Comentarios:** Destacar la importancia de conocer éste síndrome, para buscar los datos clínicos durante la realización de la anamnesis, la exploración y así poder hacer un diagnóstico y un tratamiento correctos; resaltando la reversibilidad total del cuadro clínico al instaurar un tratamiento sustitutivo con L-Tiroxina y la necesidad de estudiar la función tiroidea en todo niño que presente alteraciones musculares.

### **Talla baja y edad ósea avanzada. ¿Una asociación contradictoria?**

**Autor(es):** N. Rivera Sanchez, B. Jiménez Crespo, P. Díaz-Villalón Moreno, C. Jiménez De Los Santos, S. Gómez, G. Benítez

**Centros:** Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Texto

**Introducción:** La talla baja es un motivo habitual de preocupación para los padres, sin embargo, la mayoría de los niños que consultan por este motivo son niños sanos cuyo hipocrecimiento resultaría de la variabilidad normal de la talla y del ritmo madurativo. A pesar de ello, es necesario descartar una serie de patologías que dan lugar a la talla en  $p < 3$ , siendo fundamentales para ello el estudio de la velocidad de crecimiento, la GH y sus mediadores y muy importante la edad ósea para el diagnóstico diferencial.

**Casos clínicos:** Presentamos los casos de los varones de 10 y 11 años respectivamente que fueron estudiados en la consulta de endocrinología infantil por talla baja. El caso 1 presentaba en la exploración pubarquia sin otros datos de adelanto puberal. El caso 2 presentaba una exploración con estadio de tanner infantil. En las diferentes pruebas complementarias que se solicitaron, ambos presentaban niveles de IGF-1 e IGFBP-3 normales y se encontró en ambos una talla ósea avanzada para su edad, por lo que se solicitó el estudio de hiperplasia suprarrenal congénita forma no clásica, siendo positivo en los dos casos (portador heterocigoto de la mutación del gen V281L).

#### **Conclusiones:**

- La edad ósea es un dato fundamental en el estudio de la talla baja, que nos aporta información muy relevante para la clasificación de la misma.

- En general, un avance importante de la edad ósea, en ausencia de pubertad precoz, suele ser de origen suprarrenal.

- A pesar de que ser portador de mutaciones compa-

tibles con HSC no condiciona en el 100% de los casos el desarrollo de clínica, puede condicionar un empeoramiento en el pronóstico de la talla.

### **Síndrome de Wolfram. A propósito de dos casos nuevos**

**Autor(es):** N. Rivera Sanchez<sup>(1)</sup>, C. Jiménez De Los Santos<sup>(2)</sup>, P. Díaz-Villalón Moreno<sup>(2)</sup>, G. Benítez<sup>(2)</sup>, S. Gómez<sup>(2)</sup>, B. Jiménez Crespo<sup>(2)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, <sup>(2)</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

**Introducción:** Presentamos 2 casos de niños prepúberes que fueron diagnosticados de Síndrome de Wolfram a raíz de la valoración oftalmológica rutinaria, sin otra sintomatología.

El Síndrome de Wolfram o DIDMOAD es una compleja entidad cuyos componentes son diabetes mellitus, diabetes insípida, atrofia óptica y sordera.

Se manifiesta durante la infancia siendo de carácter degenerativo y progresivo. Puede sumar alteraciones del tracto urinario, SNC y atrofia gonadal.

El médico ha de sospechar este síndrome en pacientes diabéticos de inicio en la edad pediátrica a la que se le asocie atrofia óptica, tras descartar otras patologías que pueden incluir estas dos entidades (rubéola congénita, neuropatía óptica Leber, síndrome anémico tiamina dependiente, ataxia Friedreich).

**Caso clínico:** Presentamos el caso de dos hermanos de 7 y 11 años, diagnosticados ambos de DM tipo 1 sin cetoacidosis al inicio, con anticuerpos antiinsulina y antiislote negativos y con buen control metabólico de la misma. Diagnosticados tras 2 años en seguimiento por oftalmología de Sd. Wolfram con estudio genético positivo para gen WFS 1.

#### **Conclusiones**

- Importante conocer el seguimiento en la infancia de la DM tipo 1 por su gran prevalencia y la presencia de complicaciones.

- Sospechar esta entidad ante la presencia de atrofia óptica.

- A pesar de que actualmente no existe tratamiento curativo, es fundamental un diagnóstico precoz y un seguimiento adecuado de los pacientes. El tratamiento temprano de las entidades que conforman el SW es fundamental para prevenir las complicaciones, mantener la mejor calidad de vida.

### **Depresión neurológica con recuperación espontánea como primera manifestación de la hiperglicinemia no cetósica (HNC): a propósito de un caso.**

**Autor(es):** L. Artacho González, J.M. Ramos Fernández, C. Yun Castilla, J. Martínez Antón, A. Urda Cardona, A. Cordón Martínez, P. Abollo López, B. Delgado Martín, A. Robles Garcia, M.D.M. Alonso

**Centros:** Hospital Materno Infantil

**Introducción:** la disminución del nivel de conciencia es una urgencia, por lo que es necesario establecer el diagnóstico diferencial rápido, reconocer su profundidad e instaurar medidas terapéuticas adecuadas.

**Caso clínico:** neonato de 11 días de vida que acude por somnolencia excesiva desde el segundo día de vida junto a apneas e hipotonía en las últimas 48 horas. Afebril. No antecedentes de interés. Contacto con fertilizantes y pesticidas.

**Exploración física:** constantes mantenidas, aceptable estado general; apneas centrales múltiples. A nivel neurológico: Glasgow entre 7 y 8 con marcada tendencia al sueño. Pupilas puntiformes. Hipotonía axial. ROT vivos y clonus agotable. Pruebas complementarias: Análisis sanguíneo con hemograma, iones, láctico, amonio, perfil renal y hepático, hormonas, coagulación, reactantes y serología normales. Orina con sistemático, sedimento y drogas de abuso con resultado negativo. LCR con bioquímica y cultivo normales. Gasometría con acidosis respiratoria compensada. Niveles de acetilcolinesterasa normales. EEG que presentaba actividad bioeléctrica normal, una RM sin hallazgos relevantes. Prueba del talón normal. Evolución: tras su ingreso en UCIP se inicia cafeína oral y presenta evolución espontánea favorable, alcanzando una exploración neurológica normal al tercer día. Ante la mejoría clínica progresiva, el contacto con pesticidas y la normalidad de las pruebas concluimos que nuestro paciente ha sufrido un cuadro compatible con una intoxicación aunque difícil de demostrar clínicamente. Al mes y medio reingresa por episodios de duración variable caracterizados por flexión de miembros con desviación de la mirada hacia arriba. Afebril. Glasgow 6-7 con pupilas medias escasamente reactivas.

Hiperexcitable a estímulos sonoros con ROT exaltados y un clonus en MMII casi inagotable. Se realiza nuevo EEG donde observamos patrón de paroxismo-supresión. Se solicita estudio de aminoácidos objetivándose niveles elevados de glicina en plasma, orina y LCR y una relación glicina LCR/plasma de 0.1. No cetosis ni acidosis metabólica. Estudio de acil-carnitinas y ácidos orgánicos normal. Nuestro diagnóstico definitivo fue HNC con presentación clásica. Conclusiones: La intoxicación debe descartarse cuando la etiología no queda aclarada inicialmente y tener en cuenta siempre los EIM. Destacar, la recuperación espontánea con un intervalo libre de síntomas posterior y la miosis llamativa presente en este niño, que se encuentra escasamente descrita en la literatura.

### ***Ataxia en niño de 3 años, ¿qué debemos pensar?***

**Autor(es):** B. Mendoza Murillo, M.J. Muñoz Vilchez, P. Terol Barrero, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** En pacientes con ataxia es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial, y descartar de forma urgente sobre todo aquellas patologías que requieran un tratamiento precoz.

**Caso clínico:** Niño de 3 años sin antecedentes de interés, correctamente vacunado incluyendo una dosis de

varicela (6 meses previos), que consulta por decaimiento de un mes de evolución y ataxia. El mes previo tuvo varias infecciones de vías altas, herpes labial y un exantema micropapuloso en tobillo, nuca y brazos que actualmente es costroso. Fue valorado en dos ocasiones en urgencias. Ante la persistencia de la ataxia, reconsulta por tercera vez en urgencias, y se decide ingreso hospitalario para estudio.

**Exploración:** ataxia (no troncular), marcha con aumento de la base de sustentación junto a una ausencia de ROT y disminución del tono muscular de miembros inferiores, con resto de exploración normal.

Se realiza punción lumbar, y el estudio bioquímico del LCR muestra una disociación albúmina-citológica. Se realiza ENG-EMG y velocidad de conducción compatible con polirradiculoneuropatía axonal y desmielinizante aguda. Por tanto, se diagnostica de Síndrome de Guillain-Barré e iniciamos tratamiento con gammaglobulina humana iv, completando 4 días sin incidencias. La PCR a VZV en LCR es positiva, por lo que iniciamos tratamiento con aciclovir intravenoso.

Además, se realiza RMN cerebral (normal); serologías a CMV, VEB, parvovirus (negativas) con Ig G a varicela positiva. La evolución clínica fue favorable con seguimiento en Neurología, Fisioterapia y Rehabilitación infantil.

### **Comentarios**

- El síndrome de Guillain-Barré o poliradiculoneuritis aguda es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana. Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda. Su clínica puede pasar desapercibida, ejemplo de ello es el caso que presentamos.

- Debemos pensar en esta entidad ante todo niño con clínica de debilidad progresiva en más de un miembro y arreflexia tendinosa.

- Ante la sospecha es importante la confirmación por punción lumbar urgente para iniciar lo antes posible tratamiento con gammaglobulina intravenosa.

### ***Síndrome Opsoclonus-mioclonus-ataxia no asociado a neuroblastoma***

**Autor(es):** G. Cortazar Rocandio, G. Gutierrez Aguilar, C. Morales Pérez, C. Aragón Fernández, I. Mayordomo Moralez, B. Ruiz Sanz, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera

**Introducción:** El síndrome opsoclonus-mioclonus-ataxia (SOMA) es un raro síndrome caracterizado por opsoclonus (movimientos multidireccionales rápidos del ojo), una alteración del movimiento caracterizado por mioclonías y ataxia. Estos signos neurológicos pueden variar ampliamente en su expresión y no es imprescindible para el diagnóstico la presencia de todos ellos.

**Caso clínico:** Paciente varón de 10 meses de edad que comienza de manera súbita y en el contexto de un cuadro febril con unos movimientos oculares de rotación y torsión superior de tipo pendular, acompañado de una inestabilidad manifiesta de tronco y temblor en miembros superiores e inferiores, además de un aumento de la irritabilidad.

Exploración física se observa REG, irritabilidad marcada. Se aprecian movimientos de oculo versión sobre todo al estímulo luminoso. No clonus ni signos de espasticidad. No mioclonías. Temblor de MMSS, de cabeza y tronco llamativos que imposibilitan la sedestación y bipedestación. Resto de exploración neurológica normal.

**Pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica completa normales. Serologías negativas, excepto IgG e IgM positivas para CMV. Punción lumbar con citoquímica normal y PCR a enterovirus negativa, AcAntiGAD y AcNMDA negativos. EEG de rutina y en privación normales. Enolasa normal y neuropeptido Y ligeramente elevado.

**Estudios de imagen:** Rx de torax sin alteraciones. RM Craneal: Sin alteraciones. Gammagrafía MIBG pequeño foco abdominal, situado en suprarrenal izquierda. RMN abdominal: Sin alteraciones. PET-TAC: No lesión aparente de neuroblastoma.

**Evolución:** Ante la sospecha inicial de cerebelitis se comienza con megabolos de metilprednisona constatándose mejoría de la sintomatología, persistiendo los movimientos oculares.

Dada la clínica sugestiva de SOMA sin neuroblastoma asociado se pauta tratamiento mensual mediante bolos de dexametasona asociado a inmunoglobulinas. Al suspender inmunoglobulinas empeora la clínica apareciendo ataxia, opsoclonus y se aprecia mioclonías de mmss y hombros, volviéndose a añadir inmunoglobulinas y dexametasona, con excelente respuesta.

**Conclusión:** El SOMA es un síndrome raro, que se cree que puede tener una etiología autoinmune que se relaciona en un 50% con neuroblastoma, los casos no paraneoplásicos pueden tener origen infeccioso. Todos los pacientes que lo presentan deben ser estudiados exhaustivamente en búsqueda de una neoplasia causante, además de precisar un seguimiento estrecho, durante al menos 5 años.

### **Hematoma subdural crónico**

**Autor(es):** R. Pulido Esteban, S. Carriquí Arenas, M.I. Rodríguez Lucenilla, A. Plaza Salmerón, I. García Escobar

**Centros:** Hospital Torrecárdenas

**Introducción:** El hematoma subdural crónico se trata de una colección de sangre en el espacio subdural entre aracnoides y duramadre. Se produce por una rotura de las venas cerebrales normalmente tras un traumatismo. El hematoma subdural crónico se trata de una patología poco frecuente en edad pediátrica, presentándose con mayor frecuencia en pacientes ancianos. En pacientes jóvenes se han descrito con antecedentes de quistes aracnoideos.

**Caso clínico:** Varón de 6 años correctamente vacunado, sin antecedentes previos de interés, es remitido por disminución de agudeza visual de una semana de evolución, sin otra sintomatología. Exploración neurológica normal con buena movilidad ocular y pupilas normoreactivas. Se realiza una exploración oftalmológica donde se objetiva edema de papila bilateral. Como único

antecedente refiere caída 6 meses previos desde una litera sin pérdida de conocimiento. Desde ese momento dolor de cuello que le impide rotación bilateral del mismo. Se realiza analítica sin alteración del hemograma, bioquímica ni coagulación. Diagnóstico por TAC craneal donde describen gran colección hipodensa extraaxial hemisférica izquierda con espesor máximo de 22 milímetros que ejerce efecto masa desviando línea media 10 milímetros, dilatación de ventrículos laterales y 3º ventrículo. Línea de fractura parietal y occipito-temporal izquierda. Se realiza interconsulta con Neurocirugía que realiza dos trépanos y lavado con suero, se deja drenaje. En TAC de control postquirúrgico disminución de espesor de hematoma y desviación de la línea media. Buena evolución con recuperación de la visión.

### **Conclusiones**

- Patología poco frecuente en edad pediátrica, por lo que hay que descartar otras causas (alteraciones sanguíneas, tumoraciones, quistes...)

- Ante traumatismo de alto impacto y tortícolis marcada de larga evolución pensar en esta patología y realizar TAC craneal.

- Los índices de recidiva y las complicaciones postoperatorias son inferiores respecto a la edad adulta.

### **La Narcolepsia en niños: A propósito de un caso**

**Autor(es):** C. Morales Pérez <sup>(1)</sup>, G. Gutiérrez Aguilar <sup>(1)</sup>, G. Cortázar Rocandio <sup>(1)</sup>, J.A. Guio Bacares <sup>(1)</sup>, R. Chulián Cruz <sup>(1)</sup>, M.D.R. León Morillo <sup>(1)</sup>, C. Martínez Rivero <sup>(1)</sup>, I. Mayordomo Morales <sup>(1)</sup>, B. Ruiz De Zarate Sanz <sup>(2)</sup>, J. Ortiz Tardío <sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital de Jerez, <sup>(2)</sup>Hospital de Jerez

**Introducción:** La narcolepsia es un trastorno neurológico crónico raro e invalidante, caracterizado por una disregulación de los límites entre sueño y vigilia. La incidencia es de 0.83/100,000 niños entre los 5 y 19 años. Es más frecuente en varones (ratio 3:1). Su inicio es más frecuente en la segunda década. Se caracteriza por somnolencia diurna excesiva y episodios bruscos de cataplejía o pérdida del tono muscular sin pérdida de conciencia. Presentan también alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño (incapacidad para mover músculos estriados, excepto el diafragma y los extrínsecos oculares) y el insomnio de mantenimiento.

**Caso clínico:** Niña de 11 años que presenta hipersomnia diurna progresiva de 3 meses de evolución asociada a facies de cansancio con boca abierta. Roncadora habitual, sin presentar apneas. A la exploración destacan 4 manchas café con leche en pierna derecha, región sacra, abdomen y mandíbula derecha. Resto sin hallazgos. Se realiza estudio analítico incluyendo hemograma, bioquímica, perfil hepático, tiroideo, proteínas, proteinograma, iones, gasometría, ácido láctico, amonio, metabolismo del hierro, VSG y PCR sin alteraciones. EEG: Durante su realización, entra rápidamente en fase 1 del sueño. RNM craneal sin alteraciones. Fondo ojo normal. Polisomnografía: Fragmentación del sueño nocturno con latencia de sueño acortada en PSG y latencia media acortada en test de

latencias múltiples. Tipaje de HLA clase II: HLA DQ1 06:02. Inicia tratamiento con Metilfenidato con buena respuesta. Durante la evolución, aumentan los episodios de apertura mandibular que se catalogan de cataplejía mandibular y presenta un episodio de parálisis del sueño por lo que se asocia Venlafaxina, pendiente de ver respuesta en próxima consulta.

**Comentario:** La narcolepsia se asocia con el antígeno de histocompatibilidad leucocitario HLA DQ1B1 0602, presentándose en el 90% de los casos que asocian cataplejía y en el 40% de los que no la asocian. Existe cierta agregación familiar.

Se ha observado disminución de hipocretina en LCR, siendo cifras inferiores a 110 picogramos muy específicas. El abordaje debe ser integral, con medidas no farmacológicas, hábitos del sueño y siestas programadas, asociado a terapia farmacológica basada en metilfenidato, asociándose antidepressivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de catecolaminas en caso de cataplejía.

### ***Ataxia, alteración del habla y alucinaciones como presentación de una intoxicación por dextrometorfano***

**Autor(es):** J.L. Cuevas Cervera, I. Rodríguez Quesada, E. García Jiménez, D. García Molina, A. Pérez-Aranda Redondo, A.P. León Asensio, J.A. Cózar Olmo

**Centros:** Hospital San Agustín

**Introducción:** La automedicación en Pediatría es frecuente. Los fármacos más sujetos a esta práctica son antipiréticos y anticatarrales, pudiéndose adquirir la mayoría sin necesidad de receta. No obstante, muchos de ellos no están exentos de efectos adversos, como los antitusígenos. Las reacciones adversas de tipo neurológico de estos están bien documentadas. Aunque suelen ser transitorias, pueden ser muy graves si la dosis es elevada o dependiendo de factores individuales. Un adecuado conocimiento de estas y la asociación temporal con la ingesta del fármaco son las claves para el diagnóstico, que evitará estudios innecesarios y la elección de la terapia más eficaz. Presentamos un caso clínico de intoxicación por dextrometorfano.

**Caso clínico:** Niña de 2 años y 8 meses, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por comenzar de forma súbita con alteración de la marcha, dificultad para el habla y alucinaciones visuales simples. Valoración en Urgencias: SaO<sub>2</sub> 100%. FC 124 lpm. Febrícula 37,6°C. Aceptable estado general, no aspecto tóxico, pero sudorosa. Facies catarral, mucosidad. Algo desorientada. Habla lenta, escándida. Marcha atáxica. Movimientos descoordinados de miembros superiores tratando de alcanzar, según refería, “unas luces”. Veía “fuego” sobre el personal sanitario, y “los ojos rojos”. En la anamnesis recogemos que lleva 2 días en tratamiento con jarabe de dextrometorfano por tos; dosis referida 5 mL/8 horas (2,8 mg/kg/día, superior a la dosis recomendada). Al requerir el envase a la familia advertimos que la presentación usada, por error, era dextrometorfano gotas 15 mg/mL, con concentración 5 veces superior a la sospechada inicialmente (dosis acumulada, por tanto: 14 mg/kg/día). Se decide ingreso por intoxicación severa por

dextrometorfano, bajo monitorización cardiorrespiratoria. No presentó depresión respiratoria y los síntomas remitieron sin tratamiento específico. Fue alta a las 48 horas, asintomática.

**Comentarios:** El dextrometorfano puede producir reacciones adversas de tipo neurológico, incluso un florido síndrome serotoninérgico. Se debe sospechar intoxicación aunque las dosis no hayan sido elevadas (metabolizadores lentos). Ante la sospecha de cualquier intoxicación es siempre conveniente requerir a los padres el envase del producto ingerido. Es importante documentar este tipo de reacciones adversas y advertir a la familia de los riesgos de la automedicación.

### ***Ictus en la infancia, el gran desconocido***

**Autor(es):** B. Ruiz De Zárate Sanz, T. De Benito Guerra, C. Salido Peracaula, G. Gutierrez Aguilar, J. Salas Salguero, R. Leon Morillo, J. Guio Baces, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital de Jerez

**Introducción:** El ictus isquémico en lactantes y niños es una enfermedad poco frecuente, pues sólo representa el 2-5 % de todos los ictus. En la edad pediátrica, las causas son diferentes a las de los adultos, ya que el origen ateroesclerótico es raro y comprenden entidades como malformaciones cardíacas congénitas, enfermedades hematológicas, infecciosas, vasculitis, disecciones arteriales y trastornos metabólicos. Sin embargo, identificar la causa es importante, pues la recurrencia se puede evitar con un tratamiento adecuado.

**Caso clínico:** Paciente varón de 13 años que es trasladado en ambulancia desde domicilio al Servicio de Urgencias por un cuadro de malestar general y cefalea de horas de evolución seguido de vómitos, sudoración y pérdida de conciencia de minutos de duración que recupera parcialmente.

A su llegada al Hospital presenta leve disminución del nivel de conciencia, resaltando en la exploración física una parálisis facial inferior izquierda y hemiparesia izquierda de predominio proximal. Se realiza TAC cerebral, analítica general, tóxicos en orina y punción lumbar que resultan normales. El EEG demuestra signos de afectación leve-moderada a nivel de hemisferio derecho cerebral. El ECO Doppler cervical detecta ausencia de señal doppler color en Arteria Carótida Interna derecha, detectando flujo muy tenue con doppler pulsado. La AngioRM cerebral confirma la ausencia de señal en segmentos distales de carótida interna derecha y extensas imágenes de isquemia en fase aguda en hemisferio cerebral derecho, de predominio frontoparietal, todo ello compatible con disección de carótida interna derecha.

El paciente es estabilizado y trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, iniciando tratamiento con Anticoagulantes. Evoluciona lenta pero favorablemente siendo dado de alta a domicilio a los 15 días de ingreso.

**Comentario final:** Todo paciente pediátrico que presenta de forma aguda disminución del nivel de conciencia más aún si se acompaña de signos de focalidad neurológica, debe ser cuidadosamente evaluado en busca de signos de isquemia cerebral. El ICTUS pediátrico, poco

sospechado por estar tradicionalmente relacionada con el paciente adulto, debe incluirse de entrada en algoritmo diagnóstico de nuestros pacientes. Un fallo o retraso en el diagnóstico puede suponer graves consecuencias para el paciente.

### **Diagnóstico diferencial de de las crisis afebriles**

**Autor(es):** M.C. Álvarez Mateos <sup>(1)</sup>, M. Rivas Medina <sup>(2)</sup>, C. Salas De Miguel <sup>(2)</sup>, P. Hurtado Sendin <sup>(2)</sup>, C. Acosta Hurtado <sup>(1)</sup>, R. Romero Peguero <sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital San Pedro de Alcántara, <sup>(2)</sup>Hospital Materno Infantil

**Introducción:** La convulsión constituye la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Aunque las más comunes son las convulsiones febriles, existe una gran variedad de etiologías capaces de desencadenar una crisis convulsiva. El diagnóstico diferencial de las convulsiones afebriles debe incluir el despistaje de síndromes epilépticos, infecciones, tanto sistémicas como localizadas a nivel del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas o metabólicas, tumores craneales, malformaciones vasculares e intoxicaciones, ya sean medicamentosas o no.

**Caso clínico:** Lactante de 12 meses llevado al Servicio de Urgencias por disminución del nivel de conciencia. Sus familiares refieren que estaban en el parque cuando se ha quedado dormido, sin otra sintomatología ni traumatismo previo.

No presenta antecedentes personales de interés ni alergias conocidas. Entre sus antecedentes familiares destacan un hermano y un sobrino maternos diagnosticados de epilepsia.

A su llegada las constantes vitales son normales, se encuentra afebril, somnoliento e hipotónico, alternando períodos de irritabilidad. Presenta abundante mucosidad y midriasis arreactiva, siendo el resto de la exploración física normal.

Durante su estancia en Urgencias se objetivan tres crisis de revulsión ocular y movimientos de chupeteo, junto con flexión y prensión fijas de la extremidad superior derecha, y flexión e hipertonia de miembros inferiores.

Posteriormente presenta somnolencia y escasa respuesta a estímulos, seguidas de llanto inapropiado de pocos segundos de duración.

Se administra diazepam intravenoso y se solicitan estudios complementarios. El equilibrio ácido-base, hemograma, bioquímica y coagulación no muestran alteraciones significativas. Se realiza un TAC craneal sin evidenciar hallazgos patológicos. Finalmente el análisis de orina resulta positivo para cannabinoides, por lo que se cursa su ingreso con el diagnóstico de crisis convulsiva secundaria a tóxicos y se realiza parte de lesiones.

**Discusión:** A pesar de que las intoxicaciones son más frecuentes en adolescentes, especialmente aquellas producidas por alcohol o drogas de abuso, también debemos descartar una posible ingesta accidental de tóxicos ante una primera crisis afebril en lactantes o niños pequeños. La anamnesis no siempre permitirá detectar el posible factor desencadenante del cuadro, por lo que es

importante tener un alto nivel de sospecha clínica a la hora de solicitar las pruebas complementarias que confirmarán el diagnóstico.

### **Ependinoma de alto grado congénito: A propósito de un caso**

**Autor(es):** C. Martínez Rivero, M.T. De Benito Guerra, P. Martín Cendon, C. Morales Pérez, M.D.R. Leon Morillo, G. Cortazar, R. Chulian, B. Ruiz De Zárate, J. Guio, J. Ortiz

**Centros:** Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera

**Introducción:** Se consideran tumores cerebrales congénitos aquellos diagnosticados durante los 2 primeros meses de vida. Suponen el 1.3% de los tumores pediátricos, siendo la mayoría supratentoriales (55%). Tienen escasos síntomas y mal pronóstico a pesar del diagnóstico precoz (ecografía o RNM intrauterino). Los más frecuentes son los teratomas, los de mejor pronóstico los astrocitos benignos y los papilomas de plexos coroideos. Los ependimomas representan del 2-3% de los tumores cerebrales primarios.

**Caso clínico:** RNAT de segunda gestación, sin antecedentes de interés. Parto eutócico y PAEG, APGAR 3/8. La semana 37, se detecta masa intracraneal en hemisferio derecho, sospechándose hematoma intracraneal y decidiéndose finalizar la gestación en la semana 38.

A la exploración, destaca aspecto megacefálico, asimetría craneal, deshincencia de suturas con fontanelas amplias y llenas; micropetequias axilares e inguinales. Neurológicamente, irritabilidad con escasa movilidad espontánea y temblor distal fino. A las 15 horas de vida, presenta crisis de nistagmus de ambos ojos, miosis y puños cerrados, que cede con Fenobarbital.

**RNM:** lesión de 6 cm supraselar derecha isointensa en T1, heterogénea con calcificaciones, necrosis y vasos. Tras la inyección de contraste, realce intenso y heterogéneo que se identifica también en meninges y astas y cuerpo de ventrículo, compatible con tumor de plexo coroideo con extensión leptomenígea.

Tras el diagnóstico se decide traslado urgente para valoración por Neurocirugía. El segundo día de vida, se realiza intervención quirúrgica con biopsia compatible con ependimoma de alto grado, se produce sangrado intracraneal masivo que no responde a las medidas de reanimación ni transfusión masiva, falleciendo horas después en UCIN.

**Comentario:** Más de la tercera parte fallecen intraútero. Generalmente los tumores son grandes y muy sangrantes, con eferencias y aferencias vasculares que dificultan la hemostasia. El avance en las técnicas de imagen, ha posibilitado su diagnóstico, normalmente en el tercer trimestre.

Cuando la Ecografía prenatal haga sospechar tumores o malformaciones intracraneales; se debe considerar la RMN fetal para un mejor planteamiento en el manejo. Debe considerarse la cesárea para prevenir distocias y el riesgo de sangrado. Los Pediatras debemos proporcionar información sobre el pronóstico y asesorar a ginecólogos y familias.

### **Anemia ferropénica grave como presentación atípica de la gastritis por *Helicobacter Pylori***

**Autor(es):** J.A. Guío Bácares, G. Cortázar Rocandio, N. Quirós Espigares, J. Rubio Santiago, I. Mayordomo Morales, C. Morales Perez, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* es una bacteria gran negativa, que se adquiere habitualmente antes de los 5 años de edad, siendo sintomática solo en el 20-30% de los infectados. Una de las manifestaciones extradigestivas de la gastritis por *Helicobacter pylori* es la anemia ferropénica refractaria al tratamiento con hierro oral. La forma de presentación como anemia ferropénica severa es muy infrecuente, motivo por el que la presentamos

**Caso Clínico:** Adolescente de 13 años y 10 meses que consulta por cefalea, debilidad y cansancio, sensación de mareo y episodio sincopal ortostático en los últimos días. Deposiciones normales. No otra clínica acompañante. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: menarquia a los 13 años con ciclos regulares no abundantes.

**Exploración:** Peso: 39Kg(P8), Talla: 154cm(P17), FC: 110lpm, TA: 105/56mmHg. Aceptable estado general, palidez cutáneo-mucosa generalizada, bien hidratada, soplo cardíaco I/VI en foco pulmonar, abdomen normal, no adenopatías significativas.

**Exámenes complementarios:** Al ingreso: Leucocitos: 14.000. Fórmula normal. No eosinofilia. Hemoglobina: 5,4g/dl, hematocrito: 16,6%, plaquetas: 469.000/mcl. Estudio de coagulación normal. Sideremia: 10mcg/dl, ferritina: 3ng/ml, lactato-deshidrogenasa y haptoglobina normales. ANAS, gastrina, Vitamina B12, Ac. Fólico: normales. Ac. anticélulas parietales y Factor intrínseco: negativos. IgA anti gliadina y antitrasglutaminasas: negativos. IgE: 9.8UI/ml. Alérgenos alimentarios negativos. Sangre oculta en heces: negativas. Interconsulta a Ginecología y a Hematología: normal. Ecografía abdominal: Normal. Esofagogastroduodenoscopia: patrón de gastritis crónica antral. Biopsia antral: leve gastritis atrófica superficial y estructuras bacilares compatibles con *H. Pylori*.

Dada la situación hemodinámica y los hallazgos analíticos se transfunde concentrado de hematies y se inicia tratamiento con triple terapia erradicadora (Omeprazol/Amoxicilina y metronidazol) durante 14 días y hierro oral con posterior mejoría clínica significativa y normalización de serie roja y metabolismo del hierro. Se realizó Taukit de control siendo negativo

#### **Conclusiones:**

- La gastritis por *Helicobacter pylori* se puede manifestar como una anemia ferropénica refractaria al tratamiento con hierro oral.
- La anemia ferropénica grave, con repercusión clínica de la misma, es infrecuente como forma de presentación de la gastritis por *H. Pylori*.

### **Vómitos, reflujo y eosinofilia.**

**Autor(es):** N. Camarena Pavón, P. Barros, A. Izquierdo, A. Gonzalez, P. Pascual, C. Acosta, C. Alvarez, T. Araujo, S. Muñoz, N. Llanos

**Centros:** Hospital San Pedro de Alcántara

#### **Caso clínico:**

**Antecedentes:** Dos ingresos por vómitos, diagnosticado de espasmo pilórico. Alergia a pólenes. Sensibilización subclínica a huevo y leche. No antecedentes familiares.

Niño de 5 años que remiten por vómitos postingesta desde nacimiento sin relación con ningún alimento. Actualmente 2-3 vómitos semanales, más con líquidos. Dolor abdominal durante la ingesta. Come despacio y bebe mucha agua durante las comidas. Buena ganancia pondero-estatural.

Exploración física: normal.

Pruebas complementarias realizadas:

- Tránsito digestivo: Nulo vaciamiento. Engrosamiento de pliegues gástricos. Contractibilidad alterada.
- Ecografía: Sugestivo edema de píloro
- Endoscopia digestiva alta: Mucosa esofágica: estrías longitudinales y exudados blanquecinos. Úlcera en cardias.
- Anatomía patológica:
  - \* Píloro y antro gástrico: hiperplasia foveolar e infiltrado inflamatorio. No *H. Pylori*.
  - \* Cardias y esófago distal y medio: infiltrado inflamatorio crónico, más de 15 eosinófilos por campo.

**Evolución:** Se pauta esomeprazol (2mg/kg) y domperidona. Buena evolución, desaparición de vómitos sin nueva sintomatología. En endoscopia de control no se observan lesiones macroscópicas, en estudio anatomopatológico se objetiva gastritis crónica focalmente activa *H. Pylori* negativo y remisión de la eosinofilia en esófago y cardias.

Con el diagnóstico de gastritis crónica, reflujo gastroesofágico (RGE), esofagitis eosinofílica respondedora a IBP (EE-RIBP) y piloroespasmo secundario a RGE se decide continuar tratamiento con esomeprazol, permaneciendo asintomático. Previo a valorar retirar tratamiento se realiza pH-metría, en la que no se evidencia RGE patológico, por lo que retira IBP.

**Conclusión:** La EEO es una enfermedad crónica, cursa con manifestaciones de disfunción esofágica e histológicamente con inflamación con infiltrado eosinofílico. Por otra parte, la EE-RIBP es una entidad con las mismas características, en la que existe una respuesta clínica e histológica al tratamiento con IBP. Actualmente, en el manejo inicial de EEO se debe pautar tratamiento con IBP durante 8 semanas, para excluir una EE-RIBP.

El reflujo gastroesofágico ocurre espontáneamente en cualquier individuo. Cuando su frecuencia e intensidad superan la capacidad defensiva de la mucosa esofágica puede provocar una inflamación de la misma en la que se podría encontrar infiltrado eosinofílico.

En nuestro caso, se plantea la duda diagnóstica de si estamos ante un trastorno primario como es la EE-RIBP o ante una eosinofilia esofágica secundaria a reflujo gastroesofágico.

### **Diarrea crónica. A propósito de un caso**

Autor(es): R.L. Pérez Nygaard, C. Zamorano Lacalle, M. Navarro Merino

Centros: Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** La diarrea crónica es aquella que tiene una duración de más de 14 días. Es importante realizar un diagnóstico diferencial de sus posibles causas en función de las patologías más prevalentes según grupos de edad.

**Caso clínico:** Se expone el caso de una paciente de 3 años, con alergia a proteínas de leche de vaca y a frutos secos, que acude a urgencias por diarrea de 13 días de evolución. Presentaba 5-6 deposiciones líquidas diarias, con productos patológicos, así como vómitos repetidos de contenido alimentario. Refería dolor cólico periumbilical que se aliviaba tras las deposiciones y, en los últimos días, asociaba distensión abdominal. Afebril en todo momento.

A la exploración física, sólo destacaba un abdomen blando y depresible, algo distendido, doloroso a la palpación generalizada, sin visceromegalias y sin signos de peritonismo.

Se decide ingreso para estudio de diarrea crónica, y se solicitan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, coagulación, VSG, PCR, bioquímica general con transaminasas, perfil tiroideo, celiaco, lipídico y nutricional, inmunidad humoral, enolasa neuronal específica y cribado de ANA, resultando todos ellos dentro de límites normales, excepto por una eosinofilia del 13.2%. El sedimento de orina y el urocultivo fueron negativos.

Los coprocultivos mostraron desplazamiento de flora entérica con Ag virales negativos, siendo los parásitos y la sangre oculta en heces negativos.

Dada la persistencia de la sintomatología, se amplía el estudio con dos determinaciones de cloro en sudor, siendo ambas normales, y una ecografía abdominal, que no mostró hallazgos patológicos.

Finalmente, se solicita un test de H2 espirado a fructosa, presentando un pico a los 120 minutos, diagnosticando así a la paciente de un síndrome postenteritis con intolerancia secundaria a la fructosa. Se retiró la fructosa de la dieta, presentando mejoría de la sintomatología.

**Conclusión:** En nuestro caso, dado que la paciente era alérgica a proteína de leche de vaca y no ingería lácteos, se planteó realizar la prueba de H2 espirado con fructosa en vez de con lactosa. Existen múltiples estudios sobre la intolerancia secundaria a la lactosa en relación con el síndrome postenteritis, pero apenas hemos encontrado casos descritos de malabsorción secundaria de fructosa.

### **Dolor lumbar progresivo y hematoquecia tras traumatismo banal**

Autor(es): A. Amaya Lutz, M. López Marcos, A. Rodríguez, P. Solano

Centros: Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Caso Clínico:** Paciente de 8 años que ingresa para estudio por lumbalgia de dos meses de evolución, tras sufrir traumatismo banal en zona lumbosacra. Inicialmente dolor localizado, posteriormente irradiación a pierna izquierda,

escápula y zona subcostal derecha, limitando también la flexión de espalda. Afebril, no tumefacción articular, no aftas orales. No contacto con tosedores, no ingesta de productos no pasteurizados. Asocia alguna deposición dura con contenido mucoso y sangre roja.

Exploración: 26 kg, 126 cm. Palidez. No adenopatías. ACP: normal. Abdomen: normal. Dolor en articulación sacroilíaca derecha y rotación de cadera izquierda. Imposibilidad para flexión lumbar. Postura antiálgica con dificultad para la bipedestación.

Pruebas complementarias: Hemograma: 14.000 leucocitos (12.100 N), Hb: 13,2 g/dl, 158.000 plaquetas.

Bioquímica: CPK 240 mU/ml, PCR 55 mg/l, LDH 900, resto normal. VSG: 51 mm/h.

Coagulación: normal

RM lumbosacra: signos de infiltración generalizada de médula ósea en esqueleto axial y apendicular, disminución de altura de cuerpos dorsolumbares y masa de partes blandas epidural anterior, no signos de mielopatía ni compromiso del canal raquídeo. 2 pequeñas adenopatías latero-aórticas izquierdas. Hallazgos sugerentes de enfermedad hematológica.

Gammagrafía: afectación ósea metastásica en esqueleto axial, pelvis, escápulas y parrilla costal.

Aspirado MO: infiltrada por células atípicas no hematológicas. Sugestivo de infiltración por neoplasia no hematológica.

Biopsia MO: infiltración difusa por células en anillo de sello, plantea diagnóstico inicial de carcinoma. IHQ: compatible con neoplasia digestiva, en concreto de colon.

Tacto rectal: zona indurada desde 2 cm de margen anal a 5 cm en región lateral derecha y posterior.

Colonoscopia: rectorragia franca. Masa ulcerada de 3 cm en margen derecho. No más lesiones hasta ciego.

Biopsia colon: adenocarcinoma de colon-recto con células en anillo de sello.

Diagnóstico definitivo: adenocarcinoma de recto metastásico.

**Conclusiones:** A pesar de lo inusual de este diagnóstico en la infancia, queremos destacar de este caso la importancia de una buena historia clínica y exploración, ya que había datos iniciales que podían sugerir patología digestiva desde el principio (sangre en las heces y masa palpable en el tacto rectal).

### **Yersinia Enterocolítica en lactantes: Una causa de invaginación intestinal**

Autor(es): M.Á. Luque Álvarez, I. Gomez Chavez, V. Cantos Pastor, A. Carbonero Santaella, M. Navarro Merino

Centros: Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** La infección por Yersinia enterocolítica constituye una causa de diarrea aguda en lactantes y niños que suele ser autolimitada y cursar sin complicaciones.

**Objetivo:** Presentar un caso atípico de enteritis por Yersinia enterocolítica en un lactante.

**Caso clínico:** lactante de 11 meses que ingresa por cuadro agudo de fiebre, diarrea y rechazo de la alimentación con signos de deshidratación leve. Entre los antecedentes familiares y personales destacaba prematuridad, riesgo social y fallo de medro en seguimiento por Gastroenterología pediátrica. Se solicita analítica sanguínea objetivándose hemograma, bioquímica y gasometría normales y PCR y PCT elevados, coprocultivo y antígenos virales en heces negativos. Tras rehidratación intravenosa y conseguir la tolerancia oral es dada de alta con mejoría en las deposiciones. Reingresa siete días después por empeoramiento del cuadro diarreico asociando restos sanguinolentos y mucosos. Ante cuadro de diarrea prolongada (más de 2 semanas) se solicita nuevo coprocultivo y se amplían pruebas complementarias incluyendo hemograma, PCR, perfil bioquímico general, inmunoglobulinas, metabolismo del hierro, marcadores celiaquia, Mantoux, IgE total y específica alimentos, calprotectina fecal, parásitos en heces y ecografía abdominal. Nos informan de coprocultivo positivo a *Yersinia Enterocolitica* y en la ecografía abdominal de imagen compatible con invaginación intestinal ileo-ileal secundaria a ileítis y adenopatías mesentéricas reactivas. Dada la evolución clínica se decide actitud expectante con medidas nutricionales (formula hidrolizada y sin lactosa) y antibioterapia con trimetoprim-sulfametoxazol con controles ecográficos seriados con curso favorable permaneciendo asintomática y con desaparición de la imagen radiológica.

**Discusión:** La invaginación intestinal relacionada con la ileítis terminal y adenitis mesentérica secundaria a la infección por *Yersinia Enterocolitica* es excepcional en lactantes siendo preciso realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades. La indicación de antibioterapia se debe individualizar según la gravedad y la aparición de complicaciones.

### ***Convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis (CwG) por Campylobacter Coli***

**Autor(es):** M.Á. Luque Álvarez, M.J. Carbonero Celis, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** Las convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis (CwG) se definen como convulsiones afebriles acompañadas de síntomas de gastroenteritis sin deshidratación, ni alteraciones electrolíticas, y en su mayoría asociadas a rotavirus. Afectan preferentemente a niños de 6 meses a 4 años sanos.

**Caso index:** Paciente mujer de 2 años que ingresa por presentar episodio de pérdida de consciencia con evasión de la mirada e hipertonia generalizada de 2 minutos de duración, quedando posteriormente somnolienta y presentando un vómito. Dos vómitos y tres deposiciones diarreicas durante el proceso. A su llegada a Urgencias: TEP estable, constantes dentro de la normalidad y exploración física y neurológica normales. Durante su hospitalización presentó 3 nuevos episodios en las 24 horas siguientes, siendo trasladada a UCI-P para control de las mismas, donde se inició tratamiento con ácido valproico IV. Pruebas complementarias: hemograma: linfocitosis re-

lativa. Bioquímica con CPK, amoniemia y magnesio dentro de la normalidad. Gasometría: acidosis metabólica e hiperlactacidemia que se normalizaron posteriormente, tras rehidratación intravenosa. El EEG revelaba una actividad fundamental discretamente enlentecida en relación con el estado postictal de la paciente. La evolución fue favorable, sin presentar nuevas crisis. Los antígenos virales en heces fueron negativos y el coprocultivo fue positivo a *Campylobacter coli*. Dado que se encontraba asintomática se decidió no tratar con antibioterapia. La paciente fue dada de alta con tratamiento antiepiléptico y se realizó una RM cerebral que fue normal, actualmente está en seguimiento por Neuropediatría.

**Discusión:** la mayoría de las revisiones de las CWG están asociadas a rotavirus u otros virus entéricos, aunque también se han descrito casos secundarios a infección bacteriana como *Salmonella* o *Shigella*. No hay casos publicados que sepamos asociados a *Campylobacter coli*, aunque si a *Campylobacter jejuni*. Destacar la normalidad en las pruebas complementarias, lo que nos permite descartar otras causas. No precisan generalmente tratamiento antiepiléptico ya que pasado el episodio agudo la recurrencia es baja, aunque en nuestro caso fue necesario para el control de las crisis. Conociendo la entidad sólo requerirían observación sin tener que realizar más pruebas innecesarias.

### ***Aspiración masiva de carbón activado***

**Autor(es):** C. González Barreda, E. Fernández Romero, G. García Matas, M. Cano Cabrera

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Caso clínico:** Niña de 2 años que ingresa en UCI de Pediatría por parada cardiorrespiratoria secundaria a aspiración masiva de carbón activado tras realización de lavado gástrico en centro de salud por ingesta accidental de simvastatina. Tras procedimiento la paciente presenta vómito, dificultad respiratoria con cianosis facial y tos inefectiva, finalizando en pérdida de consciencia y parada respiratoria. En Centro de Salud inician maniobras de RCP. Es intubada y trasladada por los servicios de emergencia hasta nuestro hospital.

Al ingreso:

Exploración: Intubada y ventilada con bolsa y mascarilla. Salida de restos de carbón activado por tubo endotraqueal. Sedoanalgesiada. Taquicárdica. Hipotensión arterial. Frialdad acra, regular perfusión periférica. Hipoventilación bilateral con sibilantes generalizados.

Pruebas complementarias:

Gasometría: Acidosis respiratoria.

Hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Resto normal. Bioquímica y PCR normales.

Radiografía tórax: leve infiltrado bilateral. TET normoposicionado. Tóxicos en orina negativos.

Plan de actuación/tratamiento: Se mantiene a la paciente sedoanalgesiada conectada a ventilación mecánica invasiva. Se canaliza vía central y se realiza expansión de volemia. Se inicia tratamiento broncodilatador y cobertura antibiótica.

**Evolución:** Favorable. Hemodinámicamente estable. Intubada y conectada a ventilación mecánica invasiva. En las primeras 24 horas presenta broncoespasmo grave con dificultad para una ventilación adecuada. Se realizan lavados a través del tuboendotraqueal dando salida a restos de carbón activado. A las 48 horas de su ingreso se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, permitiendo aspiración de restos de carbón activado del árbol bronquial. Tras 5 días de ingreso y bajada progresiva de parámetros respiratorios, se procede a la extubación sin incidencias. A las 72 horas post-extubación aparece insuficiencia respiratoria aguda, realizándose radiografía y ecografía de tórax, diagnosticándose neumonía basal derecha con derrame pleural de 8mm. Se realiza toracocentesis diagnóstica, detectándose antígeno de neumococo en líquido pleural, iniciándose antibioterapia con cefotaxima y clindamicina, con buena respuesta. Es dada de alta a las dos semanas, asintomática y sin precisar oxigenoterapia.

**Conclusiones:** El uso de carbón activado en urgencias pediátricas es frecuente ante la ingesta accidental de tóxicos, aunque la aspiración a vía aérea es excepcional en nuestro medio. Cobra especial importancia en su tratamiento la optimización de los parámetros respiratorios, similar a la de un paciente asmático. La realización de fibrobroncoscopias con lavado broncoalveolar fue imprescindible para la buena evolución de nuestra paciente, ya que permitió retirar una importante cantidad de carbón activado del árbol bronquial.

### ***Intoxicación por sulfato ferroso en un lactante de dos meses***

**Autor(es):** M.Á. Luque Álvarez, M.J. Carbonero Celis, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** La intoxicación por sulfato ferroso es poco frecuente en el ámbito pediátrico, presentándose la mayoría en formas leves. En general, aunque las primeras fases son paucisintomáticas, las secuelas que pueden dejar en el paciente son severas e irreversibles en muchas ocasiones.

**Caso clínico:** Lactante de 2 meses que acude a Urgencias derivada por su pediatra por ingesta accidental 3 horas antes, 4 ml (30 mg/Kg de Fe elemental) de Glutaferró® (Ferroglucina sulfato 170mg/ml), en lugar de 0'4 ml. La sobredosificación pasó inadvertida hasta que acudió a su pediatra por vómitos, uno inmediatamente tras la administración.

A su llegada a urgencias: TEP estable. Peso: 4 Kg. FC: 129lpm; TA: 87/44 mmHg. SatO<sub>2</sub>: 100%. En la exploración física no se encontraron hallazgos patológicos. Se solicitó hemograma, bioquímica con transaminasas, valores de sideremia, ferritina y transferrina. Se decidió ingreso en UCI-P para control evolutivo. El hemograma, la bioquímica y el EAB fueron normales. La sideremia, 5 horas post ingesta, fue de 289 mcg/dl, compatibles con intoxicación leve. Dado que no se determinaban los valores de sideremia de manera urgente al ser fin de semana se decidió administrar una dosis única de Desferoxamina 50 mg/kg

dosis IM y se monitorizaron los niveles. La evolución fue favorable, permitiendo su traslado a planta y posterior alta con control de sideremia 74 mcg/dl.

**Discusión:** La intoxicación por sulfato ferroso en la edad pediátrica es muy infrecuente, siendo, en su mayoría, de carácter iatrogénico o por ingesta accidental. Es necesario conocer la cifra de Fe elemental del preparado, y cuántas horas han transcurrido desde la ingesta, para conocer la actitud a seguir.

La administración de desferoxamina ante un paciente con clínica sugestiva y ante la espera de los valores de sideremia es esencial, y uno de los puntos claves para el tratamiento y prevención de secuelas.

En nuestro caso la complejidad del manejo radicó en que la administración fue inadvertida, y que hubo que enviar la muestra a otro hospital, por no realizarse de urgencia la sideremia. Posiblemente el vómito que presentó tras la administración hizo que la absorción fuera menor y la intoxicación más leve.

### ***Púrpura de Schönlein-Henoch, un caso típico***

**Autor(es):** I. Pastor Galán, V. Cantos Pastor, A. Carbonero Santaella

**Centros:** Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) constituye la vasculitis más frecuente en la infancia. Se caracteriza por púrpura palpable, artralgias y/o artritis, dolor abdominal y/o hemorragia digestiva y nefritis. En raras ocasiones se presenta como edema subcutáneo doloroso pudiendo presentarse previamente a las manifestaciones clásicas, dificultando su diagnóstico.

**Objetivo:** presentar un caso de PSH atípico.

**Caso clínico:** Paciente de 5 años que acude a urgencias por dolor intenso en zona lumbar de horas de evolución asociado a impotencia funcional de miembros inferiores. Niega fiebre, traumatismos y/o infecciones en días previos.

Antecedente materno de enfermedad reumatológica infantil, resto de antecedentes sin interés. En la exploración física destaca una tumoración paravertebral derecha dolorosa sin otros signos inflamatorios locales con edema periarticular doloroso en ambos tobillos. Se solicita analítica sanguínea donde se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica hipocrómica (Hb 12 gr/dL, Hto 34%) con sideremia e IST disminuidos, leve elevación de reactantes de fase aguda (PCR 19,97 mg/l y VSG 45 mm/h), FA (477 U/l) y CPK (455 U/l).

Asimismo se realizan radiografía, ecografía y RM de columna lumbosacra donde se descartan lesiones óseas y destaca la presencia de una colección serosa de extensión D8-S1 entre plano muscular y tejido celular subcutáneo.

Se decide ingreso en planta para completar estudio. A las 24-48 horas presenta exantema purpúrico en nalgas y región genital que se extiende a miembros inferiores. Ante la sospecha de PSH se inicia reposo relativo y antiinflamatorios con mejoría del dolor y resolviéndose tumoración, edemas e impotencia funcional. Dada su buena evolución,

se decide alta a domicilio. Reconsulta a las 24 horas por dolor abdominal agudo en hemiabdomen derecho, realizándose tira de orina y ecografía abdominal con resultado normal. Se inicia tratamiento con corticoides a 2 mg/kg/día con mejoría del dolor. Actualmente se encuentra en seguimiento por Nefrología dado el hallazgo de proteinuria por su pediatra.

**Comentario:** En nuestro conocimiento solo existen dos casos publicados de similares características, por lo que teniendo en cuenta la atipicidad de presentación, debemos tenerlo presente en aquellos pacientes que consultan en urgencias por aparición de tumoraciones agudas.

### ***Invaginación Intestinal como complicación en la Púrpura de Schönlein-Henoch***

**Autor(es):** E. Jimenez Iniesta, M.I. Mañas Uxó, M. Martin Gonzalez, A. Rodriguez Gomez, C. Maraños Galvez, M.B. Maldonado Martin, R. Pulido Esteban, C. Bueno Rebollo, A. Bonillo Perales

**Centros:** C.H.TORRECARDENAS

**Introducción:** La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta sobre todo piel, tracto digestivo y riñón. Su curso es generalmente autolimitado pero puede presentar complicaciones como la invaginación intestinal, estando determinada la morbimortalidad a corto plazo por la afectación intestinal. La invaginación intestinal suele ser de causa desconocida, aunque en niños mayores de 2 años es más probable la causa anatómica.

**Descripción del caso:** Escolar de 9 años afecto de PSH. A las 2 semanas del inicio del cuadro ingresa por artralgia de rodilla derecha, cervicalgia y dolor abdominal. Se inicia prednisona a 1 mg/kg/día con buena respuesta. A las 24 horas del alta reconsulta por nuevo brote de lesiones purpúricas y dolor abdominal que se intensifica progresivamente acompañado de vómitos biliosos. A la exploración presenta postura en semiflexión y dolor abdominal intenso generalizado, aunque blando y depresible. También persiste la proteinuria, aumentándose la corticoterapia a 2 mg/kg/día con descenso posterior. Se realiza ecografía abdominal: invaginación intestinal de difícil caracterización si es ileocólica o ileoileal. Se intenta desinvaginar mediante hidroenema controlado ecográficamente, sin éxito, lo que hace sospechar el origen ileoileal y se procede a laparotomía y desinvaginación directa. Presenta invaginación ileoileal de 20-25 cm con coloración negruzca. No tiene signos de isquemia a pesar de la coloración, lo que se atribuye a la vasculitis de origen. Se consigue recuperación parcial de la coloración y motilidad con gasas calientes por lo que no se realiza resección. Tres días más tarde aumenta el dolor abdominal, con distensión y signos clínicos de oclusión intestinal por lo que se reinterviene extirpando 40 cm de ileon terminal. Evolución posterior favorable, sin recurrencias y en seguimiento por proteinuria severa residual.

**Conclusiones:** La invaginación intestinal es una complicación de la PSH reconocida y descrita en la literatura, pero infrecuente.

Aunque el dolor abdominal representa el principal mo-

tivo para utilizar corticoides, no se ha demostrado de manera concluyente que disminuya la intensidad y duración del dolor abdominal y el riesgo de invaginación intestinal. Es importante descartar este cuadro en todo paciente con PSH que presente dolor abdominal intenso.

### ***Esofagitis Caústica por ingesta de pila de botón: Un gesto inocente que resultó caro***

**Autor(es):** M.R. Martin Moya, M.A. Perez Parras, M.M. Martinez Rebollo, B. Ruiz Garrido, J. De La Cruz Moreno, A.M. Arevalo Garrido

**Centros:** Hospital Materno Infantil de Jaén

**Introducción:** La ingestión de cuerpos extraños en población infantil es motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas, accidental en 80% de los casos. Las pilas de botón hace 20 años suponían menos del 2% del total de cuerpos extraños ingeridos. Actualmente hay aumento progresivo en su incidencia por incremento y mayor accesibilidad de dispositivos electrónicos. Requieren especial atención por su elevada morbimortalidad por liberación de contenido corrosivo y por lesiones debidas a su impactación.

**Caso clínico:** Niña de 7 años sin antecedentes. Consulta en nuestras urgencias por ingesta de pila de botón de coche teledirigido hacía una hora. En domicilio un vómito aislado.

En radiografía tóracoabdominal se aprecia cuerpo extraño: imagen de doble halo en 1/3 medio esófago, confirmando pila de botón. Se decide realizar endoscopia digestiva alta para extracción en primeras 6 h de ayuno, presentando varios vómitos.

Se realiza endoscopia bajo sedoanalgesia y monitorización observándose pila de botón parcialmente desintegrada impactada a 25 cm de arcada dentaria con restos adheridos a mucosa esofágica que desprenden. Es extraída mediante pinza de ratón, apreciando en pared posterior, úlcera necrótica circunferencial de 3x4cm y mucosa circundante hiperémica, friable, revelando esofagitis cáustica grado III.

Tras el diagnóstico ingresa, se inicia nutrición parenteral y tratamiento con dexametasona, ampicilina y protección gástrica. Durante 15 días se mantiene nutrición parenteral sin incidencias clínicas. En control endoscópico presenta mucosa pálida con restos de fibrina, sin estenosis, ni sangrado y reparación adecuada. Iniciamos disminución de nutrición parenteral progresivamente con controles analíticos normales, siendo reiniciada tolerancia oral gradual hasta alimentación oral completa.

Actualmente sigue revisión en digestivo infantil, estando asintomática y con tránsito gastroesofágico normal.

#### **Conclusiones:**

- La impactación esofágica de una pila de botón es una urgencia por las lesiones graves que produce.
- El diagnóstico se basa en una buena anamnesis y la exploración instrumental.
- Su rápida extracción junto con tratamiento adyuvante en esofagitis minimiza las complicaciones.

- El manejo de esofagitis cáustica es controvertido, aunque imprescindible asegurar adecuado soporte nutricional, en este caso nutrición parenteral.

- Advertir a los padres del peligro de dichos dispositivos, constituye la mejor medida de prevención para evitar consecuencias.

### ***Dolor musculoesquelético: ¿Es siempre una contractura banal?***

**Autor(es):** L. Archacho Gonzalez, A. Hernandez Yuste, P. Abollo López, A. Morales Martínez, G. Milano

**Centros:** Hospital Materno Infantil de Málaga

**Introducción:** El dolor musculoesquelético localizado es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría. Generalmente de etiología banal, requiriendo alta sospecha diagnóstica para reconocer aquellos casos que se correspondan a patología potencialmente grave. Caso clínico: Niña de 11 años que acude por dolor escapular derecho de 15 días de evolución, aumenta con la movilización y a lo largo del día, cediendo parcialmente con analgesia. En los últimos 10 días se añade dolor costal derecho. No otra sintomatología. Sin antecedentes de interés. A la exploración destaca contractura muscular en trapecio derecho. Dolor costal derecho al movilizar miembro superior ipsilateral y dolor en hipocondrio derecho a la palpación superficial. Hemograma, bioquímica con perfil hepático anodinos y reactantes de fase aguda negativos. Radiografía de hombro derecho y tórax normales. Ecografía de abdomen que muestra una masa hepática en lóbulo hepático derecho sólida, con áreas quísticas, bien delimitada y no vascularizada. Ante estos hallazgos ingresa para completar estudio. A las 24 horas presenta shock hipovolémico siendo trasladada a UCIP, precisando expansión volumétrica y transfusión de hemoderivados. Se realiza TC evidenciándose aumento del tamaño de la lesión delimitada en segmentos VII/VIII por sangrado intralesional, gran hematoma subcapsular, hemoperitoneo severo y sangrado activo. Se realiza arteriografía diagnóstico-terapéutica con embolización de ramas displásicas, realizándose de manera diferida hepatectomía derecha. Se plantean varias entidades, confirmándose mediante anatomía patológica el diagnóstico de sarcoma indiferenciado embrionario hepático, por lo que se inicia quimioterapia y radioterapia precoz.

**Comentarios:** Ante un dolor escapular localizado prolongado, con empeoramiento nocturno y no respuesta a analgesia debe realizarse una exploración detallada y descartarse malignidad, pues puede corresponder a dolor irradiado de localización abdominal.

El hallazgo de una masa abdominal requiere realizar un abordaje multidisciplinar diagnóstico-terapéutico. Destacar el uso infrecuente de técnicas de radiología intervencionista en pediatría, que ayudan a disminuir las posibles complicaciones previas y durante la cirugía.

El sarcoma embrionario indiferenciado hepático es muy infrecuente (0,2% de tumores malignos hepáticos) predominando en niños. Se presenta como masa abdominal y dolor. Constituye una neoplasia agresiva, con pronóstico desfavorable que requiere tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico precoz.

### ***Absceso Subperióstico Intraorbitario, un caso representativo***

**Autor(es):** B. Mendoza Murillo, P. Terol Barrero, M.J. Muñoz Vilches, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** La celulitis orbitaria en Pediatría es una entidad poco común, normalmente secundaria a procesos sinusoidales. Su abordaje suele ser conservador.

**Caso clínico:** Niño de 13 años, sin antecedentes de interés, que consulta por inflamación palpebral en ojo derecho de 24 horas de evolución. Realiza tratamiento con antibioterapia tópica por diagnóstico de conjuntivitis.

Inicia con dolor retroocular derecho pulsátil y febrícula de 12 horas de evolución, motivo por el que consultan en urgencias.

A la exploración presenta febrícula (37.4°C), proptosis ocular derecha que impide apertura ocular espontánea con intenso edema palpebral y eritema. Se observan secreciones purulentas, córnea transparente con conjuntiva quemótica, PINLA, globo ocular en extropía con limitación de los movimientos oculares y dolor. Visión conservada con diplopía binocular.

Ante la sospecha de de celulitis postseptal se realiza TC con contraste iv de órbita urgente donde se visualiza absceso intraorbitario y pansinusitis. Se procede al ingreso hospitalario con antibioterapia intravenosa.

Realizamos:

- Análisis sanguínea: aumento de RFA (18340 leucocitos con neutrofilia y PCR 65.89 mg/dl).

- Hemocultivo: negativo.

- Cultivo de muestras paranasales: negativo.

- Cultivo exudado muestra conjuntival: se aísla corynebacterium macginleyi sensible a ampicilina.

Se interconsulta urgente con Otorrinolaringología, que decide drenaje por cirugía endoscópica nasosinusal.

Durante su estancia hospitalaria, el paciente mejora clínicamente, manteniéndose afebril y con reducción progresiva de la proptosis ocular y del dolor. Completa tratamiento antibiótico intravenoso con amoxicilinaclavulánico 15 días y corticoterapia con descenso progresivo de dosis. Al alta presenta movilidad ocular conservada y sin dolor a la movilización.

Completa antibioterapia oral hasta 21 días y se realiza seguimiento por Infectología Pediátrica y Otorrinolaringología.

**Comentarios:**

- Es esencial el diagnóstico diferencial de las celulitis oculares, ya que la evolución será diferente. Nuestro caso presentaba datos evidentes de afectación orbitaria (oftalmoplejía y proptosis).

- La cirugía en las celulitis orbitarias en niños es excepcional. No obstante ante casos de afectación severa, con criterios de drenaje, puede ser resolutive.

- El diagnóstico precoz, una antibioterapia eficaz, y la asociación en ocasiones de un drenaje quirúrgico son esenciales para prevenir la aparición de complicaciones y secuelas.

- La asistencia multidisciplinar de estos pacientes es fundamental para el adecuado abordaje.

### ***Salmonelosis asociada a tortugas***

**Autor(es):** I. Marín, I. Obando

**Centros:** Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción:** Las salmonelosis continúan siendo una importante causa de morbilidad en nuestro medio. Suelen estar causadas generalmente por la ingesta de agua o alimentos contaminados, pero puede asociarse con otras fuentes de transmisión, como son los reptiles y anfibios, sobre las que existe un menor grado de reconocimiento entre el personal sanitario, a diferencia de otras zoonosis. Las infecciones por *Salmonella* spp. asociadas a contacto con reptiles son relativamente frecuentes, con una prevalencia que puede alcanzar hasta el 6% (11% en <21 años) de los casos esporádicos. En el caso concreto de las tortugas constituyen un modo de contagio especialmente peligroso por la poca sensación de amenaza que transmiten y ser una de las mascotas comunes para niños de corta edad (< 5 años). Éstos constituyen el grupo etario con mayor riesgo epidemiológico para este tipo de infección, que además puede asociarse en estos niños con cursos graves, incluyendo formas extradigestivas, y potencial mortalidad. Por estos motivos, hay países como EEUU que prohíben la venta y distribución de estos animales. Sin embargo en nuestro país existe muy poca concienciación al respecto, lo que se traduce en una falta de estrategias preventivas sobre este riesgo epidemiológico, tanto de medidas de salud pública, como de educación sanitaria por los profesionales sanitarios.

Describimos un caso esporádico de GEA probablemente relacionado con reptiles, porque no se encontró otro factor de riesgo y el serotipo identificado se ha descrito en la literatura como causa de GEA asociada a tortugas. Ilustra sobre la importancia de la información general para la prevención de infecciones similares, que constituyen un problema de salud pública poco conocido y probablemente infravalorado porque no se investiga de forma sistemática en la anamnesis. Sería importante incrementar el nivel de alerta sobre este riesgo epidemiológico entre los profesionales sanitarios para su mejor reconocimiento. Por otra parte, la prevención de esta complicación debería basarse en una mayor concienciación de las autoridades y profesionales sanitarios sobre la necesidad de desarrollar medidas legislativas restrictivas sobre venta y distribución de tortugas y de educación sanitaria a las familias sobre el riesgo que supone su adquisición como mascotas.

### ***Relevancia clínica en el aislamiento de Mycobacterium Lentiflavum***

**Autor(es):** E. García Jiménez, J.L. Cuevas Cervera, I. Rodríguez Quesada, P. Munguira Agudo, A.L. Fernández Lorige, J.A. Cózar Olmo

**Centros:** Hospital San Agustín

#### **Introducción:**

La linfadenitis es la forma de presentación más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas (MNT)

en niños inmunocompetentes. Su evolución es muy variable.

*Mycobacterium lentiflavum* es una MNT recientemente descrita cuyo aislamiento posee un complejo significado clínico.

La identificación no es sencilla mediante pruebas bioquímicas convencionales requiriéndose métodos moleculares para una completa caracterización.

El tratamiento de linfadenitis por MNT consiste en la extirpación quirúrgica, aunque en algunas situaciones puede haber otras alternativas.

**Caso clínico:** Varón de 4 años sin AP de interés, acude a urgencias por odinofagia y adenopatía laterocervical izquierda de 2 cm, discretamente dolorosa, de 24 horas de evolución. Es diagnosticado de faringoamigdalitis y tratado con amoxicilina. Tras 10 días de tratamiento no se modifica el tamaño de la adenopatía. Analítica, radiografía de tórax (normales) y Mantoux: positivo. Ecografía cervical: 2 adenopatías submaxilares izquierdas de 24x19 mm y 11 mm respectivamente. PAAF y cultivo de jugo gástrico. Se sospecha infección tuberculosa típica, se trata con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. En una primera fase la cepa es caracterizada como *M. Gordonae* aunque posteriormente se tipifica mediante Genotype como *M. lentiflavum* en muestra de PAAF. Jugo gástrico: negativo.

Se inicia tratamiento con Claritromicina y Rifabutina (protocolo MNT). A los dos meses, fistulización de la adenopatía, por lo que se deriva a cirugía infantil. Buena evolución del paciente con tratamiento médico y quirúrgico.

#### **Conclusiones:**

- 1.- El aislamiento de MNT se ha incrementado gracias a la utilización de medios de cultivo líquidos y al avance de las técnicas genéticas, como GenoType.
- 2.- En muchos casos, el aislamiento de *M. lentiflavum* carece de relevancia clínica, aunque en los últimos se ha reconocido el papel de este microorganismo como patógeno humano, sobre todo en infecciones pulmonares crónicas.
- 3.- La linfadenitis es la forma de presentación más frecuente de MNT en pacientes pediátricos inmunocompetentes.
- 4.- La extirpación quirúrgica suele ser el tratamiento de elección, aunque en determinadas situaciones puede recomendarse una actitud expectante, tratamiento médico exclusivo o combinado con cirugía.

### ***Osteomielitis por Streptococcus Pyogenes***

**Autor(es):** I. Pastor Galán, M.J. Muñoz Vilches, P.J. Terol Barrero

**Centros:** Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** El *Streptococcus pyogenes* es la causa más frecuente de faringitis bacteriana. Sin embargo, este germen tiene una amplia expresividad clínica.

Exponemos un caso de osteomielitis por *S. pyogenes*.

**Caso clínico:** Paciente 6 años, consulta por fiebre de 72 horas de evolución, sin foco. Antecedentes personales sin interés.

Análítica sanguínea con parámetros no bacterianos (Leucocitos 10.640, Neutrófilos 86,3% Linfocitos 5,4 %, Monocitos 7%, PCR 33,17 mg/L). Sedimento de orina y radiografía de tórax normales. Se da el alta con tratamiento sintomático y vigilancia domiciliaria.

A las 24 horas reconsulta por dolor en pie derecho sin signos inflamatorios locales y persistencia de fiebre. Valorada por traumatología, indican férula de inmovilización por posible esguince de tobillo. Reconsulta a las 24 horas por empeoramiento de la curva febril (picos de 40°C que ceden parcialmente con antitérmicos). En control analítico se objetiva leucocitosis (13.180), con neutrofilia (10.860) y PCR 240,81 mg/l. Al reexplorarla, se retira férula, observándose placa eritematosa, tumefacta y dolorosa en maleolo externo que se extiende a cara externa del pie derecho. Ingresa con antibioterapia endovenosa empírica (cloxacilina endovenosa) tras extracción de hemocultivo. Presenta exantema generalizado escarlatiniforme, lengua aframbuesada, exudado amigdalal blanquecino bilateral y una placa eritematosa y dolorosa en apófisis estiloides cubital derecha. En el hemocultivo crece *S. pyogenes* sensible a beta lactámicos, por lo que se optimiza antibioterapia a ampicilina y clindamicina endovenosas. Se solicita gammagrafía ósea en la que se observa captación altamente sugestiva de osteomielitis de calcáneo derecho, sin captación en otras áreas. RM informan de osteomielitis, apreciándose una alteración más focal en zona medular del calcáneo de 1 cm que sugiere absceso. Evolución clínica favorable con antibioterapia, descenso de parámetros inflamatorios (PCR y VSG) a los 7 días. Completa 3 semanas de tratamiento parenteral. Alta con seguimiento en consultas.

**Comentario:** La osteomielitis por *S. pyogenes* no es un proceso habitual, sin embargo, la diseminación hematogena del germen puede dar lugar a focos metastáticos a distancia en distintos órganos y sistemas. En nuestro caso la bacteriemia debió ser posterior al inicio del cuadro ya que la analítica inicial no indicaba proceso bacteriano.

### ***Otitis media aguda intercurrente en paciente con proceso neumónico y sus complicaciones***

**Autor(es):** M.C. Vicho González, R. Espejo Moreno, B. De La Vega Castro, M. Fuentes Guerrero, C. Salas De Miguel, M. Rivas Medina, B. Rodriguez Jimenez, M.M. Casero González, M. Delgado Cardoso

**Centros:** Complejo Hospitalario Perpetuo Socorro- Materno Infantil de Badajoz

**Introducción:** La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones adquiridas en la comunidad más frecuentes en la infancia, siendo el neumococo la etiología bacteriana más frecuentemente asociada a la presentación conjunta de neumonías y las otitis medias agudas supuradas.

Presentamos el caso de una niña de 5 años con neumonía y OMA complicada con parálisis facial periférica (PFP).

**Caso clínico:** Niña de 5 años de edad traída por fiebre de cuatro días de evolución, dolor abdominal tipo cólico y vómitos. No antecedentes personales de interés. Vacunada con 4 dosis de antineumocócica 13 valente.

En la exploración se auscultan crepitantes finos en ápex derecho, sin taquipnea, con saturación del 100% sin oxígenooterapia. Resto de la exploración normal. Analítica: hemoglobina: 9,8 g/dl, hematocrito:28,9%, leucocitos: 12,500/mm<sup>3</sup> con 6,600 neutrófilos, bioquímica normal, PCR:71,3 mg/l. Radiografía de tórax: condensación en lóbulo superior derecho, sin derrame.

Con el diagnóstico de neumonía de lóbulo superior derecho se decide ingreso con Ampicilina intravenosa que se mantiene durante 7 días cambiándose a Cefotaxima intravenosa por persistencia de la fiebre y detectarse otitis media aguda supurada derecha. Hemocultivo, antígeno de neumococo en orina y frotis del exudado ótico negativos.

A las 24 horas del cambio de tratamiento presenta de forma súbita desviación de la comisura bucal a la izquierda con maloclusión ocular derecha, clínica compatible con parálisis facial periférica derecha. TC de mastoide y cráneo: ocupación del espacio de Prusak y celdillas mastoideas derecha, resto normal. Se contactó con el otorinolaringólogo que procedió a colocación de drenaje transtimpánico de forma urgente y se añadió corticoides y Gentamicina intravenosos y Dexametasona + Polimixina b + Trimetoprim en gotas óticas al tratamiento, manteniéndose los mismos durante 7 días.

Al alta, tras 13 días de estancia hospitalaria, cuadro neumónico resuelto. Resolución completa de la parálisis facial a los 6 meses.

**Discusión:** La PFP es una complicación infrecuente de la OMA que requiere colocación de DTT urgente. Estudios recientes demuestran que la OMA es la segunda causa más frecuente de PFP.

El pronóstico de la PFP asociado a OMA es bueno, con resolución completa del 90% de los casos antes del año.

### ***Piomiositis. Importancia de su sospecha clínica***

**Autor(es):** A. Almagro Tello <sup>(1)</sup>, E. Cambrón Carmona <sup>(1)</sup>, B. Jiménez Jurado <sup>(1)</sup>, M.C. Fernández Carazo <sup>(2)</sup>, J. De La Cruz Moreno <sup>(1)</sup>

**Centros:** (1)Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén <sup>(2)</sup> U. G. C. El Valle

**Introducción:** La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético que suele acompañarse de la formación de un absceso, siendo los grupos musculares más frecuentemente afectados los de miembros inferiores, especialmente cuádriceps femoral, glúteos y psoas iliaco. Los agentes etiológicos habitualmente son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

**Objetivos:** Evidenciar la importancia de la sospecha clínica y el diagnóstico precoz de esta entidad para realizar un tratamiento adecuado.

**Caso clínico:** Varón de 5 años, remitido desde Atención Primaria a Urgencias de Pediatría por fiebre elevada de 10 días de evolución, apareciendo al décimo día dolor en miembro inferior izquierdo al iniciar la marcha.

En la exploración presenta dolor a la flexión y abducción de la cadera izquierda, y amígdalas congestivas.

Se solicita analítica sanguínea, serologías para VEB,C-

MV,VHS,parvovirus y leishmania, ecografía y radiografía de caderas, destacando una PCR de 113,9 mg/L, VSG de 61 mm y leucocitosis con fórmula normal.

Se decide ingreso hospitalario realizándose hemocultivo, que resulta negativo, iniciándose antibioterapia con cloxacilina y cefotaxima intravenosas. Ante la sospecha de absceso del psoas, se repite ecografía de caderas y del psoas, sin observarse ninguna colección, por lo que se realiza resonancia magnética, evidenciándose un aumento del grosor del psoas ilíaco izquierdo de unos 4'5 cm y disrupción focal de la cortical acetabular izquierda, compatibles con absceso del psoas con osteomielitis acetabular secundaria al mismo.

Se mantiene antibioterapia, con desaparición progresiva de la fiebre, la clínica motora y mejoría en las pruebas analíticas y de imagen.

Al alta, tras 23 días de ingreso, se pauta tratamiento antibiótico durante 6 semanas con cloxacilina y cefuroxima oral, con resonancia magnética de control al finalizar el mismo, constatándose la completa desaparición de las lesiones.

**Conclusiones:** La piomiositis es una patología poco frecuente pero que debemos tener presente en niños con fiebre sin foco aparente, dolor osteomuscular localizado y/o impotencia funcional, sobre todo de miembros inferiores.

La sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz son claves para evitar posibles secuelas y complicaciones potencialmente graves.

Exige un diagnóstico diferencial con otros procesos infecciosos osteomusculares y con patología de origen digestivo, especialmente cuando afecta al músculo iliopsoas.

### **Parotiditis ¿A qué lo atribuye?**

**Autor(es):** A. González Fuentes <sup>(1)</sup>, M.I. Calderón Romero<sup>(1)</sup>, A.M. González López <sup>(1)</sup>, I. Cruz Navarro<sup>(2)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, <sup>(2)</sup>Centro de salud Montequinto

**Introducción:** Se expone el caso clínico de un paciente con inflamación parotídea.

Se trata de un paciente de 8 años que acude a urgencias por inflamación parotídea derecha, de inicio súbito, de una hora evolución, no asocia fiebre, ni otros síntomas. Niega traumatismo o picaduras. Refiere haber estado en una fiesta de cumpleaños inflando globos en el día previo. No ambiente familiar epidémico. Niega episodios previos o enfermedades de interés. Se encuentra bien vacunado y sin intervenciones previas.

A la exploración, presenta inflamación parotídea derecha, sin eritema sobre piel supradacente. A la inspección intraoral no se evidencia supuración a través del conducto de Stenon.

En el servicio de urgencias, se realiza analítica, obteniendo hemograma con fórmula normal, hemoglobina y plaquetas con valores normales. Bioquímica sin alteraciones y PCR de 0,1 mg/l.

Se decide alta con antiinflamatorios y control por su pediatra en 48 horas.

A las 48 horas es reevaluado en su centro de salud. El paciente se encuentra asintomático y sin alteraciones en la exploración. Rehistoriando a la familia, insisten nuevamente en el antecedente de haber estado inflando globos. Se realiza una búsqueda sobre la posible relación entre inflar globos e inflamación parotídea. Nos encontramos ante el concepto de neumoparótida, así como varios casos similares al de nuestro paciente, en el que en todos destaca la presencia de un evento que provocó elevación de la presión intraoral.

La pneumoparótida hace referencia a la inflamación de la glándula parótida como consecuencia de aumento de la presión intraoral, que condiciona paso de aire retrógrado a través del conducto de Stenon.

Se manifiesta como inflamación parotídea, eritema, dolor o hipersensibilidad, de inicio súbito y resolución en horas o pocos días. Generalmente no precisa tratamiento médico.

Como pruebas complementarias, destacan la analítica sanguínea, donde puede haber cierto aumento de amilasa, y ecografía, con presencia de aire en el conducto Stenon o conductos intraglandulares, cuya realización permite descartar otras causas.

Las complicaciones, como infecciones, neumomediastino o neumotorax, son poco frecuentes.

#### **Conclusiones:**

- Entidad poco frecuente.
- Inflamación brusca asociada al antecedente de aumento de presión intraoral.
- Anamnesis fundamental.
- Mayoría no requiere tratamiento.

### **A propósito de un caso: Síndrome de Lemierre**

**Autor(es):** M.B. Maldonado Martín, S. Fernández Peregrina, M. Sánchez Forte, R. Pulido Esteban, E. Jiménez Iniesta, C. Bueno Rebollo

**Centros:** Hospital Torrecárdenas

**Introducción:** El síndrome de Lemierre es una patología poco frecuente y potencialmente letal, provocado por una infección orofaríngea que se extiende al espacio carotídeo, asociando tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia. El patógeno más frecuente es *Fusobacterium necrophorum*, germen gram negativo anaerobio, cuyo aislamiento puede resultar complicado. El uso de antibióticos ha disminuido su incidencia, pero aún se siguen describiendo casos esporádicos.

**Descripción del caso:** Escolar varón de 7 años, sin antecedentes de interés, con fiebre de 39°C de 8 horas de evolución asociado a diplopia súbita, cefalea, mareo, alteración de la visión y estrabismo convergente de ojo izquierdo. Seis días previos al ingreso presenta fiebre y otalgia derecha, diagnosticado de Otitis Media Aguda, inicia tratamiento con amoxicilina, que se sustituye por azitromicina por intolerancia gástrica. Desaparece la fiebre tras 48 horas de tratamiento antibiótico, permaneciendo apiré-

tico durante 72 horas hasta el día del ingreso. En el servicio de Urgencias se extrae analítica donde destaca leucocitosis con predominio de neutrófilos y PCR: 3.49mg/dL. Se realiza TAC craneal que evidencia ocupación de senos esfenoidal, etmoidal y frontal junto con pérdida de neumatización de celdillas mastoideas y caja timpánica derecha. Ingresa e inicia tratamiento antibiótico intravenoso con Amoxicilina/Clavulánico 14 días. Valoración ORL: disfunción timpánica. Valoración Oftalmológica: paresia del VI par, asocia tratamiento corticoideo. Ante estos hallazgos, se realiza RMN craneal que muestra trombosis de la vena yugular interna derecha a nivel extracraneal, por lo que se inicia tratamiento con heparina durante 1 mes. Se solicita estudio de trombofilia resultando el paciente portador heterocigoto para mutación del factor V de Leyden y MTHFR. Desaparición completa de la clínica al alta hospitalaria, salvo persistencia de paresia del VI par, desapareciendo posteriormente.

**Conclusiones:** A pesar de que en nuestro caso no se pudo aislar el germen causal, creemos interesante recordarlo por las graves complicaciones que pueden ocurrir cuando el diagnóstico se retrasa o no es sospechado. Debemos pensar en un Síndrome de Lemierre, ante un cuadro infeccioso en el área ORL de evolución tórpida con tromboflebitis yugular y manifestaciones de embolia séptica a distancia.

### **Artritis Séptica tras mordedura humana**

**Autor(es):** C. Morales Pérez, C. Aragón Fernández, J.A. Guio Bacaes, G. Cortázar Rocandio, C. Martínez Rivero, B. Ruiz De Zarate Sanz, M.D.R. León Morillo, R. Chulián Cruz, I. Mayordomo Morales, J. Ortiz Tardio

**Centros:** Hospital de Jerez

**Introducción:** La incidencia de artritis séptica es 4/100.000 niños/año, aunque suelen producirse por diseminación hematógena, también puede llegar desde focos contiguos, heridas penetrantes, artroscopias o inyección intrarticular.

Las mordeduras humanas se infectan hasta en un 10%. Suele tratarse de infecciones polimicrobianas debidas a microorganismos de piel y cavidad bucal como *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* y anaerobios.

Presentamos el caso de un niño de 9 años con artritis séptica por *Eikenella Corrodens* por ser un agente patógeno excepcional en estas infecciones y las particularidades del tratamiento empírico.

**Caso clínico:** Niño de 9 años sin antecedentes de interés que presenta herida incisa por mordedura en rodilla izquierda. Se realiza limpieza de herida, sutura simple y cobertura antibiótica con amoxicilina.

A las 24 horas comienza con fiebre y cordón eritematoso en cara interna de muslo izquierdo. Rodilla izquierda edematizada, caliente y eritematosa e impotencia funcional.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. PCR 134.70 mg/L. Radiografía de rodilla: normal. Ecografía rodilla: Engrosamiento de partes blandas sin evidenciar

se colecciones líquidas. Dudosa presencia de líquido intraarticular. TAC: Engrosamiento difuso de partes blandas periarticulares. Presencia de líquido intraarticular con engrosamiento sinovial, hallazgos compatibles con artritis séptica.

Se realiza artrotomía para drenaje, obteniendo líquido articular hemático y líquido turbio en bursa. Inicia tratamiento con Cefuroxima que se cambia a Amoxicilina-Clavulánico tras aislar en el cultivo del líquido bursa *Eikenella Corrodens* y *Gemella morbillorum*.

Buena evolución siendo alta tras antibioterapia parenteral durante 10 días y completando tratamiento oral hasta 21 días.

**Comentario:** Ante una infección osteoarticular relacionada con mordedura humana, la cobertura antibiótica debe incluir gérmenes presentes en la flora normal de la cavidad oral y en la piel. La *E. corrodens* es resistente a cefalosporinas de primera y segunda generación, siendo primera elección penicilinas y amoxicilina-clavulánico

Las cefalosporinas de primera y segunda generación son antibióticos de primera línea en el tratamiento de las infecciones osteoarticulares. En nuestro caso nos fue de gran ayuda el resultado del cultivo del líquido bursa que guió el tratamiento. Es controvertido el cierre por primera intención de lesiones por mordedura y la indicación de profilaxis antibiótica.

### **Gastroenteritis Aguda causada por *Aeromonas*, ¿o no?**

**Autor(es):** M. Cano Cabrera, M.J. Carbonero Celis

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

El género *Aeromonas* fue descrito por primera vez a finales del siglo XX, pero no se asoció a enfermedad en el hombre hasta mediados de los años cincuenta. En los últimos 30 años se ha demostrado su papel como patógeno indiscutible aunque todavía se mantiene vigente el debate sobre la posibilidad de que sean responsables, o no, de gastroenteritis aguda.

Los miembros del género *Aeromonas* son bacilos gramnegativos no esporulados, anaerobios facultativos y que presentan un metabolismo tanto fermentativo como oxidativo.

Estos microorganismos son responsables de variedad de infecciones adquiridas en la comunidad o en el hospital que se pueden dividir en intestinales o extraintestinales. La infección intestinal puede variar desde una diarrea aguda o forma disintérica a una enfermedad crónica. El papel de las *Aeromonas* en las gastroenteritis aún se basa en conjeturas y está sometido a debate entre sus defensores y detractores.

En este sentido decidimos analizar los casos de gastroenteritis por *Aeromonas* vistos en nuestro hospital en los últimos 5 años y destacaba como uno de los datos más llamativos de nuestra serie de casos la presencia de coinfección en hasta el 47% de los pacientes, lo que podría apoyar la teoría de que las *Aeromonas* no sean realmente el patógeno causante y simplemente estén presentes en los pacientes como portadores asintomáticos.

Es obvio que en el análisis de los casos de nuestro centro contamos con una muestra pequeña y no se pueden sacar conclusiones estadísticamente significativas pero nos sirve para comprobar que sigue vigente el debate sobre la posibilidad de que sean realmente los responsables de los casos de gastroenteritis en todos los casos en los que se aíslan en el cultivo de heces. No obstante, actualmente en nuestro país se considera el cuarto microorganismo más frecuente como causante de gastroenteritis aguda bacteriana tanto en la infancia como en la edad adulta, después de Salmonella, Campylobacter y Shigella, con cifras que oscilan entre el 0,7-33%.

### ***Espondilodiscitis Lumbar en niña de 18 meses***

**Autor(es):** E. Sánchez Martínez, C. Garzón Murillo, A. Osuna Vera, J. Arce Duran, B. González-Gaggero Prieto-Carreño, R. Espino Aguilar

**Centros:** Clínica Esperanza de Triana - Hospital Infanta Luisa

La discitis o espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta al disco intervertebral o a los platillos vertebrales, causando disminución sintomática del espacio discal. En niños es poco frecuente, y sus síntomas y signos son inespecíficos, por lo que su diagnóstico es difícil y suele demorarse varias semanas desde el inicio del cuadro.

Presentamos el caso una niña de 18 meses, con cuadro clínico de cojera de miembro inferior izquierdo de dos semanas de evolución, precedida de cuadro ORL en los dos días previos. Al ingreso se observa febrícula, irritabilidad que aumentó en las horas siguientes, rechazo a la sedestación y dolor selectivo a la presión de la región lumbar.

El estudio de imagen con RNM y gammagrafía ósea confirmó la existencia de una espondilodiscitis en L4-L5.

La etiopatogenia infecciosa es la más aceptada actualmente, desde un foco infeccioso primario. Sin embargo, los hemocultivos suelen ser negativos, como nuestro caso.

Recibió tratamiento antibiótico con cloxacilina, inicialmente intravenosa, y oral a partir del décimo día, durante tres semanas.

Las revisiones por traumatología pediátrica posteriores confirmaron la existencia de la lesión discal y vertebral residuales, sin repercusión funcional.

### ***Fibroma Osificante Juvenil: Causa excepcional de Epífora***

**Autor(es):** C. Bueno Rebollo, M.I. Mañas Uxó, M.A. Fernandez Campos, M.B. Maldonado Martín, E. Jiménez Iniesta, A. Bonillo Perales

**Centros:** C.H. Torrecárdenas

**Introducción:** El fibroma osificante juvenil es un tumor óseo benigno poco frecuente. Se suele presentar en niños entre 5-15 años. Se localiza principalmente en los huesos orbitales, frontal, maxilar superior y mandíbula, siendo rara la localización en seno etmoidal. Su presentación clínica es variable, dependiendo de la zona donde esté ubica-

do. Si la localización es ocular puede generar exoftalmo, diplopía y alteración de la agudeza visual. A nivel nasal obstrucción nasal, anosmia, epistaxis o rinorrea. En región etmoidal puede provocar dolor retroocular o nasal.

Si bloquea los conductos osteomeatales puede generar rinosinusitis. Además de la clínica, la realización de exámenes complementarios como TC o RM son imprescindible para el diagnóstico, siendo definitivo el estudio histológico.

**Descripción del caso.** Preescolar de 3 años con antecedente personal de dacriostenosis en el primer año de vida, que precisó dilatación con éxito, comienza con epífora súbita, mucosidad nasal y tumefacción periorbitaria. Ante la sospecha de recurrencia de dacriostenosis se procede a nueva dilatación, sin éxito. Se realiza radiografía de senos donde se observa ocupación de seno maxilar y esfenoidal. Se inició antibioterapia oral por la sospecha de sinusitis pero ante la persistencia de la clínica se solicitó un TC donde se objetivó una imagen compatible con tumoración osificante juvenil. Se realiza tratamiento quirúrgico con resección endoscópica por parte de Otorrinolaringología, extirpándose una masa que histológicamente corresponde a fibroma osificante juvenil. En seguimiento posterior por Otorrinolaringología durante 3 años y que se mantiene actualmente, permaneciendo asintomática y con TC de control con disminución del área de esclerosis ósea.

**Discusión y conclusiones.** A pesar de la naturaleza benigna del fibroma osificante juvenil, puede llegar a ser agresivo por su crecimiento local y por la alta tasa de recidiva (6-58%) aunque no hay datos sobre transformación maligna. Se expone este caso con la finalidad de que el clínico lo incluya en la sospecha y diagnóstico diferencial ante un cuadro clínico compatible para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, programando un seguimiento a largo plazo.

### ***Tumoración submandibular crónica, ¿adenitis o quiste branquial?***

**Autor(es):** R.L. Pérez Nygaard, M.J. Muñoz Vilches, P.J. Terol Barrero, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** Las adenitis por micobacterias atípicas suponen una patología cuya incidencia está en aumento en nuestro país.

Debemos sospecharla ante toda adenopatía subaguda o crónica, sobre todo en preescolares, siendo la localización submaxilar y unilateral lo más frecuente. Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con las adenopatías tuberculosas, ya que varía considerablemente la estrategia terapéutica.

**Caso clínico:** Se expone el caso de un paciente de 4 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, que presentaba una tumoración submandibular de 2 meses de evolución. No asociaba ninguna otra sintomatología y se encontraba afebril. Se trató con antiinflamatorios inicialmente, así como con dos líneas de tratamiento antibiótico con cefadroxilo y amoxicilina-clavulánico, sin

mejoría. A la exploración física, sólo destacaba una tumora- ción submandibular de 2 cm de diámetro, eritematosa, fluctuante y no dolorosa a la palpación.

Ante la sospecha clínica de adenopatía por micobac- teria atípica, se ingresa al paciente en espera de confir- mación del diagnóstico y posterior exéresis quirúrgica de la lesión. Se solicita analítica sanguínea con hemograma, bioquímica general con transaminasas, VSG y PCR, resul- tando todos los parámetros dentro de límites normales.

Asimismo, se realiza un Mantoux y un test de Quanti- ferón, que son negativos, además de una radiografía de tórax dentro de la normalidad. Se amplía el estudio con una ecografía, que visualiza una imagen compatible con quiste branquial, lo que cambió la estrategia terapéutica y se realizó drenaje de la lesión. Se tomaron muestras del exudado para determinación de PCR a tuberculosis com- plex, que resultó negativa, así como cultivo para micobac- terias atípicas, siendo éste positivo para *M. avium*.

Se completó tratamiento con azitromicina (10 mg/kg/ día) y ciprofloxacino (30 mg/kg/día) durante 3 meses, con posterior exéresis completa de la lesión, presentando el paciente una evolución favorable.

**Comentario:** Con este caso queremos recalcar la im- portancia de la sospecha clínica para el diagnóstico de las adenitis por micobacterias atípicas, ya que las prue- bas complementarias pueden no ser definitivas, como en nuestro caso.

Destacar que, aunque el tratamiento de elección es la exéresis completa, en nuestro paciente se realizó drenaje, por lo que estaba indicado completar el tratamiento con anitbioterapia oral.

### **Quiste óseo unicameral como hallazgo casual**

**Autor(es):** C. Morales Pérez <sup>(1)</sup>, C. Aguilar Iñigo <sup>(2)</sup>, B. Ruiz De Zárate Sanz <sup>(1)</sup>, R. Chulián Cruz <sup>(1)</sup>, I. Mayordomo Mo- rales <sup>(1)</sup>, G. Cortázar Rocandio <sup>(1)</sup>, J.A. Guio Bacares <sup>(1)</sup>, C. Martínez Rivero <sup>(1)</sup>, M.D.R. León Morillo <sup>(1)</sup>, J. Ortiz Tardío <sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital de Jerez, <sup>(2)</sup>Centro de Salud La Gran- ja

**Introducción:** Los tumores óseos benignos son fre- cuentemente asintomáticos y son diagnosticados de forma incidental durante la evaluación de otra patología. Cuando son sintomáticos, suelen debutar con dolor óseo. El diagnóstico diferencial dependerá de la edad del niño, el hueso implicado, el tipo de imagen y posibles síntomas sistémicos asociados. El quiste óseo unicameral repre- senta un 3% de todas las lesiones primarias del hueso y su etiología es desconocida.

La incidencia es mayor en varones siendo la relación 3:1. El húmero proximal y fémur son las localizaciones más frecuentes de dicho tumor.

Presentamos el caso de un niño de 9 años diagnosti- cado de quiste óseo unicameral en el contexto de cojera intermitente de miembro contralateral.

**Caso clínico:** Niño de 9 años sin antecedentes per- sonales de interés, destacando antecedente familiar de padre intervenido de tumor cerebral en tercer ventrículo.

Presenta cuadro de cojera de cadera derecha intermitente de un mes de evolución. A la exploración, destaca buen es- tado general, y como único hallazgo marcha antiálgica por cojera de pierna derecha, presentando exploración articular normal, sin signos inflamatorios. No ha presentado fiebre durante este proceso ni otra sintomatología acompañante. Radiografía de caderas: Lesión quística unicameral sin sig- nos de afectación perióstica. Resonancia de cadera: Lesión lítica en la metafisis femoral proximal izquierda.

Gammagrafía: Imagen en tercio proximal de diáfisis de fémur izquierdo con vascularización y actividad osteoblás- tica significativamente aumentadas en su periferia y región central hipocaptante. Se realiza punción biopsia de la le- sión en zona subtrocantérea izquierda, compatible con quiste óseo esencial.

**Comentario:** La forma de presentación más frecuente del quiste óseo unicameral es dolor local, tumefacción o rigidez articular, aunque en ocasiones es asintomático y debuta como fractura patológica, siendo esta la compli- cación más frecuente.

El diagnóstico diferencial incluye el quiste aneurismáti- co, encondroma y la displasia fibrosa entre otros. El trata- miento dependerá de las características, en nuestro caso está indicado tratamiento precoz por el tamaño, localiza- ción y la presencia de fractura asociada. Se realizó biopsia con aspiración de contenido e inyección de metilpredniso- lona. El pronóstico suele ser favorable aunque la mayoría no regresan de forma espontánea una vez alcanzada la madurez ósea.

### **Secuestro pulmonar bilateral, una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca.**

**Autor(es):** C. Jiménez De Los Santos, N.R. Rivera Sán- chez, P. Díaz-Villalón Moreno

**Centros:** Hospital Juan Ramón Jiménez

**Introducción:** El secuestro pulmonar forma parte del grupo de malformaciones congénitas de las vías respira- torias inferiores. Se trata de una porción de tejido pulmo- nar no funcional, no comunicado con el árbol traqueo- bronquial y que tiene vascularización arterial sistémica.

**Caso clínico:** Neonato de 7 días de vida, sin ante- cedentes familiares ni obstétricos de interés, derivado a nuestro hospital para valoración cardiológica ante taqui- cardia y taquipnea persistentes. Presenta además dificul- tad para completar las tomas, por lo que precisó alimen- tación por sonda nasogástrica.

A la exploración destacan coloración pálido-grisácea de piel, no de mucosas. Taquipnea con ligero tiraje sub- costal. Taquicardia. Abdomen blando y depresible, se palpa borde hepático a 2 cm bajo reborde costal. Pulsos normales en 4 miembros.

Entre las pruebas complementarias debemos resaltar:

- Ecocardiografía: sin hallazgos patológicos, salvo pre- siones pulmonares altas, que descendieron en los contro- les posteriores.

- AngioTAC de tórax: Secuestro pulmonar intralobular bilateral en los segmentos basales posteriores de ambos lóbulos inferiores.

Ante los hallazgos se inicia tratamiento con diuréticos y enalapril. Se traslada a Hospital de referencia para valoración por Cirugía Infantil. Es intervenida de forma programada, con buena evolución posterior.

#### Conclusiones:

- Se trata de una patología infrecuente, cuyo diagnóstico puede ser prenatal o posnatal, mediante pruebas de imagen.
- En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática. Las infecciones respiratorias de repetición son la manifestación más frecuente en los casos sintomáticos.
- Aunque es poco frecuente, puede producirse clínica de insuficiencia cardíaca si el vaso que irriga la lesión recibe un alto flujo, como en nuestro caso.
- La resección quirúrgica de la lesión es de elección, por el riesgo potencial de infecciones, sangrado o degeneración maligna. Existe otra posibilidad terapéutica: la embolización del vaso arterial que nutre a la lesión.

#### **Quando el rechazo de las tomas esconde algo más**

**Autor(es):** E. Díaz-Cano Carmona, M. Gaboli, C. García Pérez, J.L. Domínguez Miranda, C. Coronel Rodríguez, M.C. Guisado Rasco

**Centros:** Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción:** La patología intersticial pulmonar en la edad pediátrica es poco habitual aunque muy importante por las repercusiones que conlleva.

Se caracteriza por dificultad respiratoria, auscultación pulmonar alterada, y habitualmente fallo de medro.

**Casos clínicos:** Presentamos los casos de dos lactantes de 2 y 3 meses de edad con rechazo de las tomas. A la exploración se aprecian signos de dificultad respiratoria como taquipnea, tiraje subcostal y ruidos patológicos a la auscultación, fundamentalmente crepitantes y subcrepitantes. Inicialmente no precisaban oxígeno suplementario.

El diagnóstico diferencial incluye patología cardiológica, digestiva o pulmonar. Entre los estudios complementarios realizados la tomografía computerizada pulmonar (TC), resultado patológica en ambos, objetivándose patrón en vidrio deslustrado con microatelectasias. Los estudios microbiológicos, inmunológicos y digestivos fueron normales. Se precisó biopsia pulmonar para confirmar el diagnóstico; en un caso alteraciones inflamatorias con patrón histológico tipo neumonía intersticial no específica (NINE) y en el otro alteraciones tipo glucogenosis intersticial pulmonar. El estudio genético identificó en el primer caso una mutación en el gen que codifica la proteína C del surfactante, mientras que está pendiente de realizarse en el segundo.

Aunque siendo ambas patología intersticial primaria, la evolución fue claramente diferente. El paciente con glucogenosis pulmonar tuvo una evolución favorable con tratamiento inmunosupresor, sin oxigenoterapia actualmente, mientras que el otro presenta insuficiencia respiratoria hipoxémica y es candidato a trasplante pulmonar próximamente.

**Discusión:** La patología respiratoria es causa habitual de consulta en pediatría, abarcando múltiples etiologías,

desde patología infecciosa o alérgica, hasta patología genética de graves consecuencias.

Las manifestaciones clínicas poco específicas y la afectación del estado general hacen que habitualmente sean necesarias pruebas complementarias invasivas. Entre las disponibles, las más útiles son las técnicas de imagen (TC), el análisis histológico del tejido pulmonar obtenido por mini-toracotomía y los estudios genéticos.

La evolución es claramente diferente según la patología, a pesar de pertenecer al mismo grupo, con lo que el diagnóstico preciso tiene repercusiones pronósticas.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de la patología respiratoria es amplio, y es fundamental tener en cuenta estas enfermedades en pacientes pediátricos con sintomatología respiratoria y afectación del estado general, por las graves implicaciones que pueden tener.

#### **Infiltrado pulmonar como presentación de la enfermedad de kawasaki refractario a inmunoglobulinas.**

**Autor(es):** G. Cortazar Rocandio, C. Salido Peracaula, F.J. Salas Salguero, M.J. Martínez Larios, C. Morales Pérez, J. Ortíz Tardío, R. Chulián Cruz, J.A. Guio Bacares

**Centros:** Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera

**Introducción:** Se describe fiebre de origen desconocido como persistencia de temperatura mayor de 38.3° C durante al menos 8 días, sin diagnóstico aparente tras una historia clínica adecuada y evaluación hospitalaria.

**Caso clínico:** Varón de 7 años que al ingreso presenta 6 días de fiebre, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por diagnóstico previo faringoamigdalitis aguda. Examen físico: Aceptable estado general, buena coloración de piel y mucosas. Tumorción laterocervical izquierda dolorosa a la palpación sin signos de calor, a nivel faríngeo presenta unas amígdalas hipertróficas, congestivas con punteado blanquecino. Abdomen blando y depresible, con cierto dolor a la palpación de la región periumbilical. El tratamiento antibiótico que recibió consistió en amoxicilina-clavulánico durante dos días previo a ingreso, cefotaxima durante 11 días, persistiendo fiebre y afectación de estado general, se solicita TAC torácico observándose condensación retrocardíaca con reacción pleural y derrame, continuándose con vancomicina, clindamicina y azitromicina durante 5 días y meropenem durante 4 días sin desaparecer la fiebre.

**Evolución:** Persistencia de la fiebre diariamente y de predominio vespertino, aparece, el 8º día de fiebre una conjuntivitis bilateral no exudativa que se resuelve tres días después. Fue tratado en dos ocasiones con gammaglobulinas y AAS, persistiendo febril.

**Pruebas complementarias:** proteína C reactiva por encima de valores de 150 mg/L, leucocitosis con neutrofilia y anemia. Punción lumbar con presencia de 20 células por microlitro. Las pruebas serológicas que se realizaron resultaron negativas. Ecografía cardíaca a los 16 días de fiebre: se observan signos indirectos de afectación cardíaca con hiperbirrefringencia de las paredes de las coronarias y una insuficiencia mitral leve. Ante la sospecha de enfermedad de Kawasaki incompleto y tras descartar

otros diagnósticos se decide comenzar con megadosis de corticoesteroides siendo estas efectivas y haciendo desaparecer la fiebre.

**Conclusiones:** El diagnóstico de enfermedad de Kawasaki cada vez es más complejo, en esencia por el aumento de formas atípicas que se presentan y la necesidad de tener que apoyarnos en criterios analíticos y ecocardiográficos para confirmarlo. No obstante es importante conocer la existencia de este tipo de presentaciones, que suelen darse en pacientes más jóvenes y que también pueden desembocar en anomalías coronarias.

### ***Derrame pleural, ¿todo es neumococo?***

**Autor(es):** R.L. Pérez Nygaard, M.J. Muñoz Vilches, P.J. Terol Barrero, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen Macarena

El derrame paraneumónico constituye una complicación de la neumonía cuya etiología puede deberse a múltiples microorganismos. Es fundamental determinar el pH del líquido, así como el análisis bioquímico y microbiológico, para realizar el diagnóstico etiológico.

Se expone el caso de una paciente de 5 años con fiebre de hasta 39.5°, de 8 días de evolución, que asociaba tos y dolor a la inspiración en hemitórax derecho. Como antecedentes personales, 3 años antes había realizado quimioprofilaxis antituberculosa incompleta, por convivencia con familiar bacilífero resistente a isoniazida, rifampicina y etambutol. Actualmente, convivía con abuela con tuberculosis resistente a estreptomycin, etambutol y pirazinamida.

A la exploración, presentaba hipoventilación en base y tercio medio de pulmón derecho, con crepitantes espiratorios. Se solicitó una radiografía PA y lateral de tórax, constatándose una condensación en LMD y LID, con imagen de broncograma aéreo y derrame pleural. La analítica sanguínea mostraba un hemograma, coagulación, y bioquímica general con transaminasas normales, y una PCR de 131.66 mg/l. Se decidió ingreso para drenaje pleural, con antibioterapia intravenosa (cefotaxima+clindamicina). El análisis del líquido pleural mostró: pH: 7.34; glucosa: 64,20 mg/dl; proteínas 4,65 g/dl; LDH 869 U7L; 1698 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 95% de mononucleares y ADA: 60.8 U/L.

La tinción gram, el Ag a neumococo en líquido pleural, así como la PCR a micobacterias, resultaron negativos. El Mantoux fue negativo, siendo el test de Quantiferón positivo. Se recogieron tres muestras de aspirado gastroduodenal con BAAR negativo, estando pendiente los resultados de PCR a tuberculosis en una segunda muestra de líquido pleural.

Dada la alta sospecha de pleuritis tuberculosa multi-resistente, se inició tratamiento con isoniazida+rifampicina+levofloxacino+linezolid y se dio de alta a la paciente. Dos semanas después, la PCR fue positiva a tuberculosis, y un mes tras el alta, se obtuvo el antibiograma, siendo sensible a fármacos de primera línea, por lo que se cambió el tratamiento a rifampicina+isoniazida+pirazinamida.

En conclusión, debemos sospechar patología tuberculosa ante todo paciente con líquido pleural con características compatibles y contacto con pacientes bacilíferos e iniciar tratamiento empírico teniendo en cuenta la sensibilidad del caso índice. Es fundamental la adherencia al tratamiento para la correcta curación de la tuberculosis.

### ***Neumotórax como síntoma de una niña con Fenotipo Marfan***

**Autor(es):** D. González Diego, J.C. Flores González, A. Estalella Mendoza, A. Castellano Martínez, A. Hernandez González, P. Reyes Rios

**Centros:** Hospital Puerta del Mar

**Introducción:** El síndrome de Marfan es una enfermedad del tejido conectivo, autosómica dominante.

Podemos sospecharla por el fenotipo de los pacientes. Se diagnostica a través de los criterios nosológicos de Gante; debiendo cumplir un número de criterios mayores y/o menores de diferentes órganos y sistemas. Hay que tener en cuenta que, aunque sea poco frecuente, los pacientes pueden presentar bullas pulmonares que pueden romperse espontáneamente.

**Objetivo:** Llamar la atención sobre esta complicación en pacientes con fenotipo Marfan, que puede producirse de forma súbita y espontánea.

**Caso clínico:** Niña de 9 años que acude a Urgencias por presentar un dolor costal de aparición súbita. A la exploración destaca una hipoventilación de todo hemitórax derecho, sin disnea aparente y sin signos de afectación cardiocirculatoria. Se realiza una Rx tórax en la que se aprecia un neumotórax derecho masivo, que desplaza la silueta cardíaca y tráquea. Ingresa en UCIP donde se le coloca un tubo de drenaje torácico consiguiéndose la re-expansión pulmonar; sin embargo el neumotórax recurre cada vez que se procede al pinzado del drenaje. Dada la persistencia clínica se realiza un TAC torácico al 13º día, en el que se evidencian bullas bilaterales subapicales. Se realiza resección quirúrgica de las bullas en dos tiempos, tras lo que la paciente no ha vuelto a presentar nuevos neumotórax hasta el momento. Además de un fenotipo característico, la paciente presentaba una dilatación de la aorta ( $Z \geq 3$ ). Se solicita estudio genético de síndrome de Marfan, aún sin resultados, dado que no cumplía todos los criterios requeridos para establecer el diagnóstico.

**Conclusiones:** Los pacientes con Marfan tienen riesgo aumentado de presentar neumotórax espontáneos, por lo que ante episodios de dolor costal súbito en niños con este fenotipo, debemos sospecharlo. Con frecuencia suceden por ruptura de bullas subyacentes que pueden ser poco visibles en las radiografías simples y por tanto requerir un TAC para su diagnóstico. Cuando los neumotórax son persistentes y/o el riesgo de recurrencia es alto, está indicada su resección quirúrgica para evitar la reaparición de nuevos episodios. El estudio genético no está siempre indicado, reservándose para los casos que no cumplen criterios clínicos establecidos.

### ***Derrame pleural como complicación de una neumonía adquirida en la comunidad***

**Autor(es):** C. Acosta Hurtado, O. Fernández De La Cruz, C. Álvarez Mateos, A. González García, N. Camarena Pavón, T. Araujo García, P. Pascual Moreno, S. Muñoz Pérez, N. Llanos Alonso

**Centros:** Hospital San Pedro de Alcántara

**Introducción:** El derrame paraneumónico es la causa más frecuente de derrame pleural en niños. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de los casos de neumonías complicadas, sobre todo con derrame pleural. Es el motivo más frecuente de fracaso terapéutico de las neumonías adquiridas en la comunidad. El abordaje terapéutico en estos casos continúa siendo controvertido, existiendo varias opciones, tanto médicas como quirúrgicas. La situación clínica y el tamaño del derrame son los dos factores que se tienen en cuenta a la hora de decidir el tratamiento.

**Caso Clínico:** Niño de 2 años y 10 meses que ingresa por neumonía basal izquierda complicada con derrame pleural. Comenzó 9 días antes del ingreso con un cuadro de fiebre elevada, máxima de 40°C, malestar general inespecífico, tos, dolor torácico y abdominal. En la auscultación pulmonar había una disminución del murmullo vesicular en base izquierda y taquipnea. Ante la sospecha de neumonía se inició tratamiento con amoxicilina con lo que se objetivó cierta mejoría pero a los pocos días comenzó otra vez con febrícula.

**Pruebas complementarias:** Hemograma normal. Bioquímica con PCR 104,8 mg/L. Radiografía de tórax donde se observa derrame pleural izquierdo. Ecografía torácica con derrame de leve cuantía, espesor máximo 26 mm, sin septos.

Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso con Cefotaxima. Se valoró la posibilidad de drenaje ante el tamaño del derrame y finalmente ante el buen estado general del niño se decidió actitud expectante, continuando con el tratamiento intravenoso.

Fue dado de alta tras 10 días de ingreso por mejoría clínica continuando con tratamiento antibiótico con cefixima y control ecográfico ambulatorio.

En el seguimiento posterior el niño estaba asintomático y en el control ecográfico se observó una evolución favorable, desapareciendo el derrame.

**Conclusiones:** Casi la mitad de los casos con derrame pleural paraneumónico se resuelven con tratamiento antibiótico sin la necesidad de drenaje. La punción está indicada cuando el derrame es > 10 mm y si existe dificultad respiratoria.

Una vez realizada la toracocentesis, si no hay empeora ni signos clínicos de alarma no es necesario colocar un tubo pleural y será suficiente el tratamiento antibiótico intravenoso.

### ***Alergia a macadamia en un escolar inmigrante***

**Autor(es):** J.R. Fernández García

**Centros:** Clínica Islasalud

**Caso aportado:** Niño de 7 años de edad de padres chinos inmigrantes que presentó de forma súbita: edemas palpebrales, prurito ocular, nasal y faríngeo; lagrimeo, malestar general, sibilancias, pero sin disnea, rush cutáneo ni disfonía. En la Unidad de Urgencias de su hospital fue tratado con adrenalina intramuscular, antihistamínicos y salbutamol nebulizado y, tras 24 horas de observación, fue dado de alta por quedar asintomático. Había estado en un cumpleaños.

**Pruebas complementarias:** En una consulta posterior, aportó: RAST a frutos secos, incluyendo cacahuetes, pistacho, macadamia, anacardo, nuez, almendra, entre otros: Negativos. RAST a las proteínas de la leche de vaca, clara y yema de huevo y frutas: Negativos. RAST a pólenes: Negativos. Realizamos en nuestra Unidad de Gestión Clínica de Pediatría: Prick test con extractos de los frutos secos antes mencionados con resultado negativo excepto a extracto de macadamia que dio positivo: Habón de 7 mm. Prick-Prick con macadamia cruda (Mcr): Positivo, con un habón de 6 mm. Con estos datos llegamos al diagnóstico de Alergia a macadamia.

#### **Conclusiones:**

- 1.- Casos de reacciones alérgicas, incluyendo anafilaxia, después del consumo de macadamia, han sido ocasionalmente comunicados.
- 2.- En nuestro caso, el paciente refirió la ingesta de una sola macadamia cruda que le provocó una reacción anafiláctica con afectación de diversos órganos.
- 3.- Con todo lo referido, se debe enfatizar la importancia de la historia clínica y las pruebas complementarias reseñadas.
- 4.- Los síntomas clínicos, el Prick test y el Prick-Prick positivos a macadamia, dieron consistencia al diagnóstico final.

### ***Crisis de Broncoespasmo en una niña no asmática por inhalación de un agente inusual***

**Autor(es):** J.R. Fernández García

**Centros:** ISLASALUD

**Caso aportado:** Niña de 10 años de edad que presentó de forma súbita una crisis de broncoespasmo en su domicilio. No estaba diagnosticada de asma bronquial y no era fumadora pasiva. Fue atendida en un centro de Urgencias donde en una espirometría se le apreció un FEV1 del 74% del esperado y una CVF del 72%. Tratada con salbutamol nebulizado y corticoides orales mejoró de forma paulatina. La madre cocía arroz en presencia de su hija, alimento que la paciente siempre se había negado a ingerir.

**Pruebas complementarias:** Prick test a cereales: Negativo. Prick test a arroz: Positivo. IgE total: 212 UI/ml. IgE específica a arroz: 27,03 UI/ml. IgE a ambientales y resto de los alimentos: Negativos. Inmunoblotting a arroz: La banda (33KDA) glicOxilasa-L está relacionada con asma

por inhalación de vapores de cocción de arroz. Tres días después se le realizó una prueba de provocación que resultó en sibilancias, tos y disnea a los 10 minutos de la inhalación de vapor de arroz cocido y que cedieron nuevamente con salbutamol nebulizado.

Con estos datos llegamos al diagnóstico de crisis asmática inducida por la inhalación del vapor de arroz. La evitación del arroz de la dieta y de su cocción en el hogar mantiene a la paciente asintomática.

#### **Conclusiones:**

1.- El arroz está considerado hipoalergénico y su hipersensibilidad es poco habitual.

2.- La alergia al arroz es poco frecuente si la comparamos con otras gramíneas, leche de vaca, huevo, pescado o frutos secos.

3.- Esto no es óbice para que el arroz deba ser tenido en cuenta, tanto en la ingestión como en la inhalación de los vapores durante su cocción, ya que por ambas vías se ha mostrado capaz de provocar crisis asmáticas, trastornos digestivos y afecciones dermatológicas.

### ***Reacción dérmica por un agente agresivo de origen vegetal en un lactante***

**Autor(es):** J.R. Fernández García

**Centros:** ISLASALUD

**Caso aportado:** Lactante hombre nacido por cesárea por no progresión del parto, y que precisó una reanimación muy prolongada. Al nacer: APGAR 3/4/5.

Quedó ingresado en la Unidad de Neonatología por pa-decer, posteriormente, un síndrome de discomfórt fetal.

A los 6 meses de edad, presentó en pocas horas unas lesiones faciales a nivel perioral, de aspecto inflamatorio, descamativo y con fondo eritematoso.

Alguien del entorno familiar del paciente, cambió el chupete de silicona por otro de látex y de ahí la sintomatología que presentó el lactante horas después.

El látex es una sustancia lechosa que se extrae del árbol tropical *Hevea brasiliensis*. Su uso está muy extendido por su resistencia, flexibilidad e impermeabilidad. Está considerado el material idóneo para fabricar el caucho, material clínico, juguetes, zapatos...etc.

Al entrar un individuo alérgico al látex en contacto con él, puede presentar síntomas leves como enrojecimiento, hinchazón y picor en el área de contacto, fundamentalmente manos y boca; o graves como edema facial o conjuntival: rinitis, asma, urticaria generalizada e incluso shock anafiláctico.

#### **Conclusiones:**

1.- Nuestros pacientes había sido sensibilizado al látex en los primeros días y siguientes semanas.

2.- A los 6 meses de edad presentó una reacción con un chupete de dicho material.

3.- Quedó asintomático días después cuando se le cambió a un chupete de silicona.

4.- Desde que no entra en contacto con el látex no ha tenido ningún episodio de características similares a las

referidas.

5.- Sin embargo, el futuro del paciente es, al menos, inquietante.

### ***Reacción de Arthus en una paciente de 9 años de edad***

**Autor(es):** J.R. Fernández García

**Centros:** ISLASALUD

**Caso aportado:** Paciente mujer de 9 años de edad que, tras recibir una dosis subcutánea mensual de 0,5 c.c. de un polimerizado de *Dermatophagoides pteronyssinus*, presentó una reacción normal de dolor, calor y prurito en el lugar de la inyección. Posteriormente coloración violácea de la piel y, finalmente, lesiones dérmicas intensas con desprendimiento de piel y pérdida de sustancia. Días después, tras los cuidados recibidos en la UGC de Dermatología, la piel quedó totalmente restituida.

En 1903, Nicholas Maurice Arthus, describió la reacción que lleva su nombre. Se trata de una reacción necrohemorrágica, que surge como consecuencia del depósito de inmunocomplejos en la pared de los vasos.

Más tarde origina una vasculitis con necrosis de la pared vascular con la consecuente necrosis hemorrágica tisular.

De forma experimental tiene lugar de cuatro a seis horas después de una inmunización local activa o pasiva, generalmente subcutánea.

#### **Conclusiones:**

1.- La inmunoterapia (IT) con alérgenos administrada por vía subcutánea demostró ser eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica, del asma alérgico y del veneno de himenópteros.

2.- Cuando administramos IT subcutánea corremos el riesgo de que se produzcan efectos adversos locales y sistémicos-

3.- Una reacción local por IT subcutánea consiste en la aparición de calor, dolor, prurito, eritema, edema, tumorción, etc. localizados en los alrededores de la administración de la dosis de vacuna.

4.- La severidad de los síntomas y las imágenes de Anatomía Patológica nos llevaron al diagnóstico de Reacción de Arthus.

### ***Soplo Diastólico como forma de presentación de Síndrome Alcapa***

**Autor(es):** M.I. Garcia Ruiz Santa Quiteria, A. Moruno Tirado, F. Coserría Sánchez, M.I. Calderón Romero, M. García Domínguez, M. López Marcos

**Centros:** Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Caso clínico:** Varón, 8 años, derivado desde su pediatra de AP al Neuropediatra para estudio de cefaleas. El Neuropediatra detecta soplo diastólico, por lo que deriva al Cardiólogo. En estudio ecocardiográfico se observa: origen anómalo de la arteria coronaria izquierda (ACI) en tronco pulmonar con abundante circulación colateral desde arteria coronaria derecha (ACD), que se encuentra

dilatada; cavidades cardíacas izquierdas dilatadas; insuficiencia mitral leve-moderada por dilatación del anillo mitral e isquemia de músculos papilares. Dados estos hallazgos es derivado a nuestro centro para completar estudio, confirmando el diagnóstico ecocardiográfico y realizándose aortografía en la que puede apreciarse el origen anómalo de la ACI en el tronco de la arteria pulmonar junto con abundante circulación colateral.

En el electrocardiograma se observa un hemibloqueo izquierdo anterior, ondas Q y ondas T negativas en DI y aVL, con descenso del ST en precordiales izquierdas.

Dada la patología, se decide intervención quirúrgica para reimplantar la ACI en la aorta.

**Discusión:** Las anomalías coronarias suponen un 2% de las cardiopatías congénitas, siendo el origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar (ALCAPA) la anomalía más frecuente (1:300000 recién nacidos). Esto implica mezcla de sangre arterial de la aorta con sangre venosa del circuito pulmonar, lo que derivará en isquemia miocárdica. Puede ser desde un hallazgo incidental hasta causa de muerte súbita. Se clasifica en tipo adulto (formación de arterias colaterales que aportarán irrigación suplementaria al miocardio, manifestándose como insuficiencia mitral, arritmia, insuficiencia cardíaca o muerte súbita) y tipo infantil (debido a la ausencia de circulación colateral coronaria, los esfuerzos habituales del lactante originarán isquemia, por lo que la mayoría de los pacientes mueren en el primer año de vida). El diagnóstico se basa en la clínica y en las pruebas de imagen, siendo fundamentales la ecocardiografía doppler y el cateterismo. El tratamiento es quirúrgico, siendo de elección el reimplante de la ACI en la aorta.

**Conclusiones:** Un soplo diastólico nunca será inocente, por lo que hay que derivar al cardiólogo. No toda insuficiencia mitral en pediatría es de causa reumática. Las anomalías de las arterias coronarias pueden ser causa de muerte súbita.

### ***Crisis Asmática: Educación del paciente y su entorno desde el Servicio de Urgencias.***

**Autor(es):** M. Segura González <sup>(1)</sup>, R. Espejo Moreno <sup>(2)</sup>, T. Fernández Martínez <sup>(2)</sup>, B. Rodríguez Jiménez <sup>(2)</sup>, B. De La Vega Castro <sup>(2)</sup>, M. Capataz Ledesma <sup>(2)</sup>, M.M. Casero González <sup>(3)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, <sup>(2)</sup>Hospital Materno Infantil- Badajoz, <sup>(3)</sup>Hospital Materno Infantil de Badajoz

**Introducción:** El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de vías aéreas bajas caracterizada por episodios de disnea, sibilancias y tos; reversibles con tratamiento broncodilatador.

Multifactorial, su curación todavía no es posible, pero el objetivo debe ser evitar las crisis y mantener una vida normal libre de síntomas. Se requiere una educación del paciente y su entorno en el reconocimiento de la crisis aguda, su tratamiento y tratamiento crónico. Sería útil iniciarla desde el servicio de urgencias.

**Caso clínico:** Niño de siete años que traído a nuestro

servicio de urgencias por dolor abdominal de cinco horas de evolución, tipo cólico, un episodio de vómito y deposiciones normales. Afebril. Refiere tos en las últimas horas no relevante para la familia.

Antecedentes personales:

Correctamente vacunado.

Prematuro de 34 SEG, que precisó ventilación mecánica invasiva durante 3 días.

Sin otros antecedentes.

**Evolución:** A la exploración física, marcado distrés respiratorio con tiraje subcostal, intercostal y retracción supraesternal, y tos seca continua.

Saturación de oxígeno de 85%.

A la auscultación pulmonar presenta disminución de la entrada de aire bilateral con hipoventilación de base pulmonar derecha.

Rx tórax: patrón broncoalveolar con broncograma aéreo bilateral sin imágenes de condensación.

Se administra metilprednisolona oral (1mg/Kg), junto con tres tandas de salbutamol nebulizado y bromuro de ipratropio en nebulizaciones alternas sin objetivar mejoría., precisando oxigenoterapia para mantener adecuada saturación de oxígeno.

Se decide ingreso en planta donde se completa el tratamiento con oxigenoterapia en gafas nasales, broncodilatadores nebulizados y corticoterapia oral.

Análítica y gasometría al ingreso normales. No recibió tratamiento antibiótico. Es dado de alta dos días después del ingreso, con diagnóstico de crisis asmática moderada. Se pauta tratamiento domiciliario con aerosolterapia y corticoide oral e inhalado tras control de la situación aguda.

**Conclusiones:**

- El asma no siempre se presenta como disnea y sibilancias, hay que saber identificar otras manifestaciones.

- El objetivo del tratamiento debe ser el control exhaustivo de los síntomas, y de las crisis. Para ello resulta fundamental la educación del paciente, su familia y su entorno.

- La educación puede y debe comenzar ya desde el servicio de urgencias ante la detección de una primera crisis.

### ***Estridor de causa poco frecuente en la edad pediátrica***

**Autor(es):** B. Mendoza <sup>(1)</sup>, A. Marin <sup>(2)</sup>, A. Andrés <sup>(1)</sup>, G. Pérez <sup>(2)</sup>, D. Gomez <sup>(3)</sup>, T. Herrero <sup>(2)</sup>, J. Ventura <sup>(2)</sup>, M. Navarro <sup>(2)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>H. U. Virgen Macarena, <sup>(2)</sup>H. U. Virgen Macarena, <sup>(3)</sup>Hospital de Jerez

**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio es poco frecuente en Pediatría. Es benigno pero puede malignizarse. Presentamos un caso de localización laríngea.

**Caso clínico:**

Anamnesis: Niña de 7 años, sin antecedentes de interés, con tos irritativa de 6 meses de evolución, progresiva sin predominio horario y sin respuesta a múltiples trata-

mientos. Posteriormente aparece estridor intermitente que aumenta con el ejercicio, dificultad respiratoria nocturna y episodios de apnea.

Exploración Física: destaca estridor inspiratorio intermitente. Resto normal. Exploraciones Complementarias: Rx torax normal; espirometría no valorable por insuficiente colaboración; fibrolaringoscopia con sospecha de papilomatosis laríngea y leve hipertrofia adenoidea; Poligrafía: SAHOS grave; Fibrobroncoscopia: estenosis supraglótica por tejido anómalo entre epiglotis, aritenoides y cuerdas vocales; TAC laringotraqueopulmonar: lesión supraglótica derecha que desvía epiglotis. Posteriormente se realizan serología y Mantoux: negativos. Tratamiento: cirugía parcial mediante láser. Alta a los 8 días tras enseñanza de técnica de alimentación por ORL.

Diagnóstico anatomopatológico: tumor miofibroblástico inflamatorio.

**Evolución:** Se realizan fibrobroncoscopias seriadas. Ante la persistencia de lesiones en laringe se decide la realización de hemilaringectomía supraglótica derecha por láser. No recidivas de la lesión. Al año, la paciente está asintomática, solo presenta leve disfonía, con desaparición de las apneas y el estridor.

#### Discusión:

1. El tumor miofibroblástico inflamatorio es infrecuente en la infancia.
2. Su localización es variable, siendo muy raro a nivel laríngeo.
3. Su comportamiento es muy variable, en general benigno. Excepcionalmente puede malignizarse.
4. La cirugía es el tratamiento de elección.
5. Su seguimiento clínico y endoscópico es importante por la posibilidad de recidiva.

### **Deterioro de la función renal asociado a hipotiroidismo**

**Autor(es):** P. Díaz-Villalon Moreno, B. Jiménez Crespo, C. Jiménez De Los Santos, N.R. Rivera Sanchez

**Centros:** Hospital Juan Ramón Jiménez

La relación funcional "tiroides-riñón" está descrita desde mediados del siglo XX y ha sido objeto de diversos planteamientos fisiopatológicos.

Presentamos el caso de dos pacientes recientes con llamativa corrección de la función renal tras la corrección del hipotiroidismo diagnosticado.

En el primer caso se trata de una paciente mujer de 13 años de edad derivada al Hospital desde su Centro de Salud con sospecha de Insuficiencia Renal Crónica. Consulta por cansancio de 2 años de evolución y aumento de peso. Su pediatra aprecia además de elevación de transaminasas y de colesterol LDL, aumento de la creatinina con empeoramiento del FG por lo que ante la sospecha de IRC la deriva a Urgencias para ingreso y estudio. Tras detectar en analítica unos valores de TSH > 100 mU/mL se inicia tratamiento con levotiroxina con normalización del perfil renal, hepático y lipídico en menos de un mes.

En el segundo caso se trata de una paciente mujer

de 14 años de edad en seguimiento en Consultas Externas de Endocrinología Infantil por tiroiditis auto inmune en tratamiento con levotiroxina con controles analíticos y en consulta cada 4-6 meses. Antecedentes familiares de nefropatía a edades tempranas. En última visita de control se objetiva empeoramiento de la función renal, junto a ligero aumento de la TSH. Se intensifica tratamiento tiroideo y se deriva a Nefrología para estudio, resultando normal. Tras rehistoriar a la paciente, ésta refiere mala adherencia terapéutica, intensificando la toma de medicación los días previos a extracción analítica de control, motivo por el que no quedaba reflejado en los resultados. Tras adquirir compromiso de adherencia terapéutica, corrige a función renal en un plazo menor a seis meses.

El deterioro de la FR secundario a hipotiroidismo implica mecanismos heterogéneos con dominancia de las alteraciones hemodinámicas: efecto inotrópico negativo sobre el corazón, reducción del volumen intravascular circulante y aumento de resistencias periféricas con vasoconstricción renal. En nuestra opinión, el estudio de la función tiroidea en el proceso diagnóstico de la insuficiencia renal de causa no confirmada es, al menos, recomendable, considerando el hipotiroidismo subclínico o manifiesto entre las posibles causas de deterioro de la función renal.

### **Hipoaldosteronismo Congénito: A propósito de un caso**

**Autor(es):** A. Cabrera Del Moral, S. Torrejon Almeida

**Centros:** Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Introducción:** El hipoaldosteronismo primario congénito por déficit de aldosterona sintasa es una enfermedad genética, de transmisión autosómica recesiva por una mutación en el gen CYP11B2. Existen escasos casos descritos en la literatura.

**Caso clínico:** Neonata de 21 días de vida que consultó por fallo de medro y rechazo de las tomas desde la segunda semana de vida. A la exploración, se observan signos de deshidratación y desnutrición severa. En la analítica sanguínea se objetiva hiponatremia (123 mEq/l) con hiperpotasemia (7.4 mEq/l) y acidosis metabólica. Se inició de manera urgente tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona y Fludrocortisona y corrección hidroelectrolítica al no poder descartarse una Insuficiencia Suprarrenal Global.

Los resultados de laboratorio mostraron un hipoaldosteronismo (Aldosterona < 1.8 ng/dl) hiperreninémico (ARP > 26 ng/ml/h) con cifras de cortisol normales (9.27 mcg/dl) por lo que se concluyó que se trata de un hipoaldosteronismo congénito por déficit enzimático.

Además, los valores de 18-OH- Corticosterona (137,1 ng/mL) y el cociente 18-OH- corticosterona /aldosterona

(0.08) nos hicieron sospechar un déficit de aldosterona sintasa tipo I, como así fue posteriormente confirmado con el estudio genético. Se evidenció la presencia de la mutación c186G>A(p.Trp56Stop) en homocigosis en el gen CYP11B2, que ya estaba descrita previamente para esta enfermedad, habiéndose comprobado una adecuada correlación genotipo-fenotipo.

La paciente mantuvo tratamiento con fludrocortisona y suplementos de sal que permitieron mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, así como la recuperación de su carril de crecimiento de peso y talla.

**Conclusión:** El hipoaldosteronismo primario congénito es una enfermedad rara, de la que apenas hay publicados alrededor de 60 casos en la literatura. La detección de la mutación genética responsable, y la comprobación de una adecuada relación genotipo-fenotipo, descrita en casos anteriores, nos permite instaurar el tratamiento adecuado y adelantarnos al curso evolutivo de la enfermedad. Los casos publicados muestran un aumento de la sensibilización a la aldosterona con el paso del tiempo, lo que permite la disminución y posible retirada de tratamiento a partir de los 5 años de edad en la mayoría de los casos.

### ***Nuevos diuréticos en el síndrome cardiorrenal pediátrico. ¿Qué hacemos cuando los diuréticos convencionales han fracasado?***

**Autor(es):** M. Tejero Hernandez, E. Garcia Martinez, M. Arroyo Marin, E. Gomez Guzman, M. Anton Gamero, J.L. Perez Navero

**Centros:** HMI Reina Sofia

**Introducción:** El síndrome cardiorrenal se define como la asociación de insuficiencia renal y cardíaca de forma aguda o crónica. En esta situación el tratamiento de los síntomas congestivos de la insuficiencia cardíaca está limitado por el fallo renal. Se establece una resistencia a los diuréticos convencionales que hace difícil el manejo de estos niños. El tolvaptán, antagonista selectivo de la vasopresina, actúa aumentando la eliminación de agua por la orina, disminuyendo la osmolaridad urinaria y favoreciendo el aumento de la concentración de sodio en sangre. Su efecto acuareético no se afecta por situaciones de hipoalbuminemia o proteinuria y no altera la hemodinámica renal o la activación neurohormonal, por lo que podría ser una buena opción en pacientes síndrome cardiorrenal. Ha sido empleado con éxito en adultos con esta patología aunque la experiencia en niños es muy limitada con escasos trabajos publicados al respecto.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 5 años con trasplante cardíaco a los 3 años por miocardiopatía restrictiva, en situación de rechazo crónico del injerto, insuficiencia renal y en lista para retrasplante. Ingreso hospitalario de 5 meses de evolución por descompensación cardíaca con muchos síntomas congestivos y episodios de edema agudo de pulmón que responden parcialmente a tratamiento inotrópico intermitente (levosimendan, dopamina, adrenalina) y diuréticos a altas dosis (furosemida intravenosa, hidroclorotiazida y espironolactona). Ocasionalmente había precisado además ventilación no invasiva, eufilina iv e incluso hemodiafiltración en UCIP para estabilizarla. Ante la imposibilidad de suspender la perfusión de furosemida por oliguria, nueva descompensación cardíaca y empeoramiento de la función renal se decide iniciar tratamiento con tolvaptan a dosis mínima de 0,125 mg/kg/día.

La respuesta fue inmediata, doblando el volumen urinario, permitiendo retirar la perfusión de furosemida y bajar dosis de otros diuréticos. También mejoró la función renal normalizándose niveles de urea y creatinina, sin presentar ningún efecto secundario. Al cuarto día pudo ser dada de alta con seguimiento ambulatorio, hasta el retrasplante. Aportamos las curvas de urea, creatinina sodio y volumen urinario.

**Comentarios:** Tolvaptán podría considerarse una opción de tratamiento en niños con resistencia a los diuréticos convencionales e insuficiencia cardíaca, especialmente cuando presenta insuficiencia renal.

### ***Poliangeítis Microscópica en la Infancia: A propósito de un caso***

**Autor(es):** C. Antúnez Fernández, A. Cabrera Del Moral

**Centros:** Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Introducción:** La poliangeítis microscópica es una entidad infrecuente en la edad pediátrica, por lo que se dispone de escasos estudios al respecto. Se trata de una vasculitis sistémica, inflamatoria y necrotizante que afecta a vasos de pequeño calibre. Produce una afectación clínica multiorgánica con especial importancia a nivel renal. Presentamos el caso de una paciente de reciente diagnóstico.

**Caso clínico:** Niña de 10 años que presenta astenia, hiporexia, enuresis nocturna y pérdida de peso de 2 meses de evolución. A la exploración destaca palidez cutáneo-mucosa con presencia de soplo sistólico y cifras elevadas de tensión arterial.

Se realizan pruebas de laboratorio donde se objetiva anemia ferropénica grave e insuficiencia renal aguda con datos de daño renal intrínseco, con presencia de microhematuria y proteinuria, destacando títulos elevados de pANCA.

Ante este hallazgo se decide realización de biopsia renal con diagnóstico de glomerulonefritis asociada a AN-CAS pauciimmune. Se instaura tratamiento de inducción con bolos de glucocorticoides junto con ciclofosfamida intravenosa presentando la paciente mejoría parcial con estabilización de la función renal con persistencia de alteraciones leves en el sedimento urinario.

**Conclusión:** La poliangeítis microscópica es una patología poco frecuente en pediatría. Su diagnóstico es complejo y requiere de una alta sospecha clínica junto con el apoyo de los datos de laboratorio con títulos elevados de p-ANCA. La confirmación diagnóstica se realiza mediante biopsia. Respecto al tratamiento, se basa en terapias de inducción a la remisión seguidas de tratamiento de mantenimiento. Es importante determinar marcadores de actividad de la enfermedad para así identificar casos refractarios al tratamiento, brotes o daño crónico, lo cual es un proceso complejo y que requiere un abordaje por un profesional experto.

## **Importancia de la detección de trastornos hematológicos para el diagnóstico diferencial en pacientes con Albinismo Parcial**

**Autor(es):** M. Comino Martínez, J.S. Vílchez Pérez, I. Pe-láez Pleguezuelos, J. De La Cruz Moreno, A.I. González Espín

**Centros:** Hospital Materno Infantil de Jaén

**Introducción:** El albinismo puede ser completo o parcial, aislado o asociado a síndromes con herencia autosómica recesiva (Chediak Higashi (CHS), Griscelli (GS), Hermansky-Pudlak (HPS) y deficiencia de MAP3IP, entre otros). Los genes afectos se encargan de la génesis y función lisosomal de diferentes células, incluidas hematopoyéticas. Es útil el estudio de las líneas hematopoyéticas, cuantitativa como cualitativamente (valores absolutos celulares, citotoxicidad de las células T y Natural Killer (NK), hemostasia primaria) para el correcto diagnóstico diferencial entre ellos.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de lactante con albinismo óculo-cutáneo parcial (AOCP) y procesos infecciosos recurrentes con diagnóstico definitivo orientado por estudio hematológico y genético.

**Metodología:** Revisión de historia digitalizada.

**Observación clínica:** Lactante de 11 meses, magrebí, ingresada por bronquiolitis aguda y sobreinfección bacteriana con evolución tórpida, en la que se detecta neutropenia severa. Padres consanguíneos, dos hermanos sanos. Absceso vulvar a los 6 meses de vida. Nistagmo y piel y pelo claros para etnia. Talla y desarrollo normales. Ante clínica, fenotipo y alteración hematológica se inicia estudio sindrómico. Citomorfología periférica: neutropenia con granulación grosera, dudosamente azurófila. AMO: mielocitos gigantes con hipogranulación. Subpoblaciones linfocitarias: disminución células NK. Hemostasia primaria y coagulación: normal. Dada la disminución cuantitativa de citotoxicidad y los hallazgos del frotis sanguíneo se orienta como síndrome de Chediak-Higashi, se le solicita secuenciación gen CHS/ LYST1 siendo negativa. La cronicidad de la neutropenia y la normalidad en hemostasia primaria lleva a solicitar ampliación del panel genético para síndromes con AOCP, detectándose mutación en homocigosis AP3B1, atribuible al Sd.Hermansky-Pudlak tipo 2. Inicia tratamiento con filgrastim subcutáneo diario con buena respuesta. No ha presentado nuevas infecciones graves.

### **Comentarios:**

- El fenotipo de albinismo parcial no es suficiente para el diagnóstico sindrómico, precisando confirmación genética por su implicación terapéutica y pronóstica.

- La presencia de citopenias, alteraciones en la citotoxicidad o en la hemostasia primaria orientarán hacia el tipo de síndrome asociado.

- No existe consenso sobre la terapia en pacientes con HPS. Es esperable que la antibioterapia empírica profiláctica y filgrastim subcutáneo eviten adquisición de procesos infecciosos graves.

- El estudio funcional de citotoxicidad, disponible en pocos hospitales, puede ayudar al diagnóstico y tratamiento.

## **Recién nacida con rasgos dismórficos diagnosticada finalmente de delección 1p36.11-p35.2 mediante Array-CGH**

**Autor(es):** A. Cano Rodríguez, C. Teruel Gómez, A. Ruiz López, R. Moreno Sepúlveda, E. Aguilera Rodríguez, E. Narbona López

**Centros:** Complejo Hospitalario Universitario de Granada

**Introducción:** Ante el hallazgo de rasgos dismórficos en un recién nacido, es importante descartar la existencia de ciertas enfermedades congénitas, como son, cromosomopatías, otras alteraciones genéticas, infecciones...

Dentro de las enfermedades congénitas, las delecciones o duplicaciones de diferentes genes son causantes de un gran número de casos cuyo diagnóstico pasaba desapercibido hasta la aparición de test de Array.

Presentamos el caso de una delección en el cromosoma 1 diagnosticada a los pocos días de vida.

**Caso clínico:** Recién nacida que ingresa en cuidados medios ante episodio de atragantamiento tras la toma a las pocas horas de vida. En el momento del ingreso, a la exploración, se aprecian varios rasgos dismórficos: cráneo con morfología triangular, plagiocefalia con aplanamiento de occipucio derecho y adelantamiento de hueso frontal izquierdo, facies tosca, escasa apertura de hendiduras parpebrales, cuello redundante, dedos afilados, mamilas separadas y de implantación baja y poco desarrollados, telangiectasias, y genitales con hipoplasia de labios menores. En estudio cardiológico se encuentra foramen oval permeable, ductus arterioso permeable e insuficiencia mitral.

Dada la sospecha de alguna alteración genética o infección connatal, a las 24 horas de vida se solicitan serologías TORCH, ecografía transfontanelar, cariotipo y test de Array. En la ecografía transfontanelar se aprecian varias lesiones quísticas y ventrículos prominentes, por lo que se realiza RM donde se aprecian imágenes compatibles con microcefalia, asimetría craneofacial, retardo de la mielinización y disminución de surcos cerebrales. Finalmente se recibe array, en el que se detecta una delección de 4.86 Megabases en la región cromosómica 1p36.11-p35.2.

**Conclusiones:** El test de array es una herramienta fundamental hoy día para el diagnóstico de enfermedades genéticas que antes podían pasar desapercibidas. En el caso de nuestra paciente, con pocos días de vida y dados los rasgos dismórficos que hicieron sospechar una alteración genética desde el nacimiento, consiguió establecer un diagnóstico certero precoz, que nos será importante a la hora de realizar un seguimiento y dar un pronóstico. La delección encontrada se encuentra asociada con dismorfias faciales, retraso mental, sordera, talla baja, retraso del desarrollo global, alteraciones cardiacas... concidiendo perfectamente con el perfil de nuestra paciente.

### ***Necrosis grasa del recién nacido: A propósito de un caso***

**Autor(es):** A. Román Fernández, M.Á. Luque Álvarez, M.J. Carbonero Celis, M. Navarro Merino

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Introducción:** la necrosis grasa subcutánea del recién nacido es una paniculitis lobulillar autolimitada. Se presenta en las dos primeras semanas de vida en neonatos a término y posttérmino como lesiones nodulares induradas únicas o múltiples de coloración eritematosa o violácea. Su patogenia es desconocida, pero se postula que condiciones locales o sistémicas pueden inducir hipoxemia subcutánea y necrosis de adipocito. Puede ser secundaria a situaciones de estrés en el periodo neonatal como traumatismos obstétricos, asfíxia intrauterina e hipotermia.

**Caso:** recién nacido varón de 13 días derivado a urgencias por aparición de lesiones dérmicas en hombros y espalda de 3 horas de evolución, sin otra sintomatología. Como antecedentes personales: Embarazo controlado.

Parto vaginal de 40 semanas. Líquido meconial. Apgar de 7-10-10. Precisa reanimación con presión positiva en paritorio durante un minuto. Sin antecedentes familiares de interés. Exploración física: buen estado general, afebril, constantes normales para su edad. Activo y reactivo, llanto enérgico y succión adecuada. Presenta nódulos eritematovioláceos, de consistencia dura en línea media de la espalda, y tercio superior de ambos brazos.

Diagnóstico de sospecha de necrosis grasa del recién nacido. Pruebas complementarias: hemograma, tiempos de coagulación, bioquímica, perfil lipídico y PCR. Todo normal salvo calcio en el límite superior de la normalidad (11,2 mg/dl). Dado de alta con controles clínicos y analíticos por parte de Dermatología y Pediatría, presentando una evolución favorable, con resolución de las lesiones a las 2 semanas. Asintomático en la actualidad.

**Discusión:** esta entidad suele tener un curso benigno, pero puede asociar complicaciones como trombocitopenia, hipoglucemia, hipertrigliceridemia e hipercalcemia. La hipercalcemia es una complicación rara que se acompaña de inapetencia, hipotonía, vómitos, irritabilidad y fallo ponderal. Debemos realizar un seguimiento con calcemias durante seis meses, ya que ésta puede aparecer desde el primer al sexto mes del inicio del cuadro. Resaltar la importancia de conocer la entidad para evitar alarmas innecesarias a la familia. Otros diagnósticos que se deben considerar en un neonato con alteraciones del tejido subcutáneo son: esclerodema neonatorum, infección por citomegalovirus, linfedema congénito, fibromatosis y hemangioma.

### ***¿Son eficaces las estrategias vacunales actuales de tos ferina en el embarazo?***

**Autor(es):** I. Pastor Galán, M.J. Muñoz Vilches, P.J. Terol Barrero

**Centros:** Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** El periodo de mayor mortalidad por tos ferina son los primeros 6 meses de vida. Una de las estrategias actuales de prevención es la vacunación de la embarazada en el tercer trimestre ("estrategia nido"), sin embargo, la vacuna de tos ferina acelular tiene una efectividad limitada.

Presentamos un caso clínico de tos ferina en un lactante

con correcta pauta vacunal tanto en la madre como en el paciente para su edad.

**Caso clínico:** Paciente de 5 meses, que acude por cuadro compatible con síndrome pertusoides (tos de 3 semanas de evolución, con empeoramiento en las últimas 48 horas con rubefacción facial, gallo inspiratorio e hipotonía posterior, ocasionalmente emetizante). La madre fue vacunada de tos ferina en el tercer trimestre del embarazo (dTPa) y el lactante recibió dos dosis de vacuna (DTPa). Se ingresa en aislamiento de gotas a la espera de resultado de PCR a B.pertussis en aspirado nasofaríngeo que se resulta positivo. Analítica con leve linfomonocitosis (Linfocitos: 4.560; Monocitos: 1.470. PCR 0,0 mg/dl. Resto normal.). Evolución clínica favorable, citándose para estudio inmunológico donde se objetivaron niveles muy disminuidos de proteína MBL (Manose-Binding-Lectine), siendo normal el resto del estudio, y respuesta serológica a B.pertussis positiva.

**Comentario:** A pesar de la baja efectividad de la vacunación por tos ferina, no consideramos nuestro caso un fallo vacunal. Hubiera sido interesante poder realizar serología a la madre, lo cual no fue posible. Las últimas publicaciones recomiendan adelantar la vacunación en la embarazada a la semana 27-31 de edad gestacional, con el fin de presentar mayor tasa de anticuerpos en el momento del parto. Consideramos el déficit de MBL como hallazgo incidental.

### ***Trombopenia Neonatal, eccemas e infecciones recurrentes ¿De qué síndrome hablamos?***

#### ***Wiskott Aldrich: A propósito de un caso***

**Autor(es):** M.B. Maldonado Martín, M.I. Mañas Uxó, F.Á. Lendínez Molinos, M.Á. Vázquez López, M.D. Calvo Bonachera, M. Leyva Carmona, A. Bonillo Perales

**Centros:** Hospital Torrecárdenas

**Introducción:** El síndrome de Wiskott Aldrich es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por trombocitopenia, eccema, infecciones y alta susceptibilidad al desarrollo de neoplasias y manifestaciones autoinmunes. Su transmisión es recesiva ligada al cromosoma X. El diagnóstico está basado en la historia familiar, exploración física y pruebas de laboratorio que revelan una trombopenia grave con tamaño reducido de plaquetas y número normal de megacariocitos. El estudio genético confirma el diagnóstico.

**Descripción del caso:** Neonato de 5 días ingresa por trombopenia, detectada ante hematoma en ingle. Se descarta origen infeccioso, autoinmune y aloinmune y es seguido posteriormente por trombopenia persistente entre 40.000-60.000 plaquetas con volumen plaquetario normal y normalidad de serie roja y blanca.

**Antecedentes obstétricos:** gestación controlada de 36 semanas y 3 días, peso 3090 gramos. Cesárea por nalgas. Madre con Síndrome antifosfolípido, lupus incompleto y enfermedad de Crohn. Serologías maternas negativas, salvo rubeola inmune.

**Otros antecedentes personales:** brotes de eccemas generalizados desde el nacimiento, catalogados como dermatitis atópica por Dermatología. Ingresos en varias ocasiones por infecciones gastrointestinales, infección del tracto urinario e infecciones respiratorias, en una ocasión por bronquiolitis grave complicada con hemorragia pulmonar.

A los 6 meses de vida, ante persistencia de la trombopenia sin filiar, se realiza aspirado y biopsia de médula ósea que

muestra megacariocitos en todos los estadios madurativos, descartándose causa central de la trombopenia.

Ante la sospecha diagnóstica de WAS se solicita estudio genético, siendo diagnóstico al mostrar delección completa del gen WAS.

En la actualidad recibe tratamiento con gammaglobulina iv, reduciéndose el número de infecciones. Sigue controles hematológicos, sin presentar trombopenias graves.

**Conclusiones:** En el diagnóstico diferencial de trombopenia en el periodo neonatal hay que incluir el WAS. Es característico el tamaño reducido de plaquetas pero en nuestro caso mantiene un tamaño normal. El único tratamiento curativo es el trasplante de células madres hematopoyéticas, con una supervivencia del 80%. La terapia de reemplazo de inmunoglobulina, los antibióticos orales profilácticos, y la transfusión de plaquetas si precisa es el tratamiento antes del trasplante. Ante un caso es importante dar consejo genético a los padres y conocer la posibilidad de un diagnóstico prenatal en fetos varones.

### ***Anemia Blackfan-Diamond por mutación RPS29. Una variante de reciente diagnóstico***

**Autor(es):** M. Comino Martínez, I. Peláez Pleguezuelos, A.I. González Espín, J. De La Cruz Moreno, J.S. Vilchez Pérez

**Centros:** HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE JAEN

**Introducción:** La ABD es anemia congénita arregenerativa por anomalía precursores eritroblásticos con resto de series normales. Presenta una herencia A.D con penetrancia variable. Están identificados mutaciones causantes en 50% pacientes en genes que codifican proteínas ribosómicas. El 90% debutan antes del año de vida con clínica palidez y disnea. La mitad asocian talla baja y malformaciones craneofaciales, urogenitales y miembro superiores así como predisposición a tumores. El tratamiento consiste en transfusiones, corticoides y TPH en casos resistentes.

**Objetivo:** Presentar un caso de anemia congénita de diagnosticada tras el año de vida

**Metodología:** Revisión historia clínica Digitalizada en Diraya.

**Caso clínico:** Niña de 21 meses derivada para estudio de anemia severa (Hemoglobina 4,6 gr/dl) tras signos de palidez. Antecedentes personales CIR y rasgos dismórficos con cariotipo normal. Exploración física presenta palidez, con esplenomegalia de 2 cm, destaca talla baja, cuello corto y ancho, microretrognatia e implantación baja de los pulgares. Se realiza estudio de anemias presentado una anemia normocítica sin datos de hemólisis, reticulocitos 1%. AMO: eritroblastopenia severa, resto de series normales. Test de fragilidad negativo. Ante estos resultados y fenotipo se solicita genética RPS19 negativa. Inicialmente dosis alta de corticoide que permite descenso hasta dosis de 2,5 mg al día sin necesidad de nuevas transfusiones. Posteriormente se realiza panel proporcionado por Grupo Español de Fallo Medular congénito detectándose una variante en heterocigosis con gen RPS29, mutación recientemente descrita.

Comentarios:

- Nuestro paciente presenta una forma "no clásica" debido a la elevada edad al diagnóstico, ya que según la bibliografía disponible estos casos no superan el 10%.

- La mutación en gen RPS29 ha sido identificada recientemente (Mirabello, 2014), en nuestro caso la variante c.162+3A >C no estaba descrita previamente y se desconoce su implicación en esta patología.

- La detección de la mutación permite ampliar el estudio a otros familiares así como hacer consejo genético a los padres y a nuestra paciente y beneficiarse de posibles futuras terapias génicas

- La respuesta a dosis bajas de corticoides como nuestro caso, está asociado a un mejor pronóstico aunque es importante continuar con un seguimiento debido a mayor riesgo de tumores en estos pacientes.

### ***¿Son sepsis todas las neutropenias neonatales?***

**Autor(es):** M.C. Vicho Gonzalez, V.P. Silvero Enriquez, T. Fernández Martínez, L. Ramiro Mateos, R. Espejo Moreno, B. Rodriguez Jimenez, F. Cabezas Segurado, J.M. Vagace Valero

**Centros:** Complejo Hospitalario Perpetuo Socorro - Materno Infantil de Badajoz

**Introducción:** La neutropenia se define como recuento de neutrófilos inferior a 1500/mm<sup>3</sup>, estimándose una incidencia entre un 6-17% de los ingresados en cuidados intensivos.

La neutropenia neonatal aloimmune se debe a la producción de anticuerpos maternos contra antígenos de neutrófilos fetales, dirigidos a epitopos que se encuentran en el receptor Fc $\gamma$ III.

Al ser IgG cruzan la barrera placentaria y destruyen los neutrófilos neonatales.

La sensibilización materna se produce en cualquier momento durante la gestación y puede presentarse en el primer embarazo.

**Caso clínico:** Neonato a término varón hijo de madre con neutropenia no filiada en seguimiento por hematología, secundario a secundigesta, con una hija anterior sana. Parto por cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal que precisa ingreso en la unidad de neonatología por sufrimiento perinatal e hipotonía marcada desde el nacimiento.

Durante las primeras 24 horas de su estancia hospitalaria persiste escasa respuesta a estímulos con tolerancia oral inadecuada solicitándose hemograma destacando, 3.500/m<sup>3</sup> leucocitos con 400 neutrófilos, serie roja y plaquetas normales; PCR de 36 mg/l. Por la sospecha de sepsis se inicia antibioterapia empírica con Ampicilina y Gentamicina.

Ante la persistencia de la neutropenia a pesar del tratamiento antibiótico, los antecedentes maternos descritos y la ausencia de aislamiento de germen en los cultivos se realiza test de anticuerpos antigranulocitos directo al recién nacido, mediante citometría de flujo, detectándose IgG en la superficie de los granulocitos, y test indirecto a la madre siendo también positivo.

Aumento progresivo de las cifras de neutrófilos en controles analíticos sucesivos sin tratamiento.

**Discusión:** La neutropenia neonatal aloimmune puede presentar intensa neutropenia al nacimiento y durante las primeras semanas de vida.

Clínicamente pueden aparecer sepsis, infecciones cutáneas, respiratorias y urinarias.

Lo más frecuente es que el neonato este asintomático, siendo un hallazgo casual en controles analíticos, interpretándose inicialmente como una sepsis.

El diagnóstico se realiza por la detección de anticuerpos antigranulocitos identificados en el suero materno o en el propio del paciente.

En raras ocasiones precisan tratamiento con GCSF o gammaglobulina intravenosa.

El pronóstico es bueno, con normalización de las cifras de neutrófilos antes de los dos años de vida.

### **Hemorragia digestiva en el recién nacido a término ¿Es siempre una patología gastrointestinal?**

**Autor(es):** M.C. Vicho González, T. Fernandez Martinez, V.P. Silvero Enriquez, M. Segura Gonzalez, M.V. Ledesma Albarrañ, M. Fuentes Guerrero, L. Ramiro Mateos, M.C. Ortiz Barquero

**Centros:** Complejo Hospitalario Perpetuo Socorro- Materno Infantil de Badajoz

**Introducción:** Alrededor de un 1% de los recién nacidos presentan hemorragias, pero sólo la mitad de éstas son de importancia clínica. Su frecuencia es más elevada en las unidades de cuidados intensivos neonatales donde pueden alcanzar prevalencias del 10-20%.

**Caso clínico:** Recién nacido de 39 semanas, producto de una primera gestación, embarazo sin incidencias, madre sana con grupo sanguíneo A Rh positivo. Alimentado con lactancia materna exclusiva.

Es derivado de un hospital comarcal a las 24 horas de vida por deposiciones sanguinolentas y restos de sangre digerida al paso de la sonda nasogástrica.

En su hospital de origen se le realiza hemograma, bioquímica y PCR siendo normales. Radiografía de abdomen: impresiona de edema de asa. Ante la sospecha de enterocolitis necrotizante se deja a dieta absoluta, inician antibioticoterapia con Ampicilina, Gentamicina y es derivado a nuestro hospital.

A su llegada a nuestro hospital destaca en la exploración aspecto pletórico, abdomen normal y resto sin hallazgos. Se extrae Hemograma, bioquímica y PCR siendo normales y una coagulación que destaca rTP:65,3%, TP:14,4 seg, INR:1,224, aPTT:47,6seg, rPTT:1,5, fibrinógeno normal. Radiografía de abdomen normal. Valorado por cirugía pediátrica que añaden Metronidazol y Pantoprazol al tratamiento en espera de evolución.

Ante la sospecha de enfermedad hemorrágica del recién nacido precoz pautamos vitamina K intravenosa cada 24 horas administrada en tres días consecutivo que se suspendió ante desaparición de la hemorragia gastro-intestinal. Inicio de alimentación enteral a los 4º días de vida sin recurrencia de la clínica. Hemocultivo y coprocultivo negativos tras los cuales se suspendió antibioticoterapia y Pantoprazol.

Asintomático y normalización de coagulación desde el 3º día de vida con lactancia mixta

**Discusión:** La enfermedad hemorrágica del recién nacido es una coagulopatía adquirida secundaria a una deficiencia en los factores de coagulación dependientes de la vitamina K

La incidencia de esta entidad en España es muy baja tras la instauración de su profilaxis con vitamina K en las primeras horas de vida.

Muy importante la alta sospecha clínica y la anamnesis materna para descartar factores asociados.

El tratamiento precoz de esta entidad evita complicaciones que pueden ser fatales como los sangrados intracraneales.

### **Percepción y hábitos de salud de las familias andaluzas sobre nutrición infantil**

**Autor(es):** C. Coronel Rodriguez<sup>(1)</sup>, E. Gonzalez Zorzano<sup>(2)</sup>, M. Escolar (2), A. Garre (2), G. Artica (2), A. Hernandez Hernandez<sup>(3)</sup>, M.C. Guisado Rasco<sup>(1)</sup>

**Centros:** (1)CS Amante Laffón, (2)Laboratorio Cinfa, (3)CS Tarcoante

**Objetivos:** Se pretende determinar los hábitos nutricionales de los escolares andaluces y la percepción que tienen los padres sobre estos hábitos y donde buscan consejos e información al respecto.

**Material y métodos:** Encuesta epidemiológica realizada en febrero de 2016. Muestra: 500 progenitores con hijos entre 6 y 12 años de edad. Cuestionario On-line, adaptado del estudio Aladino incluido en el V Estudio CinfaSalud, avalado por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Análisis de resultados de frecuencias y porcentajes con un error muestral del  $\pm 1,8\%$  y un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** El 82% de los escolares andaluces ve la tele o manipula una pantalla cuando está a la mesa, el porcentaje más alto de todas las comunidades, además éstos sufren de mayor sobrepeso u obesidad que los que no lo tienen. El 42,1% de los padres y madres de esta comunidad que consideran que el peso de su hijo está por encima o por debajo de lo normal no toman ninguna medida para solucionarlo.

Andalucía es la región española donde más a menudo los menores ingieren comida rápida, pues el 88% la toma una vez al mes, a pesar de su escasa calidad nutricional tres de cada cuatro niños y el 77,6% toman chucherías alguna vez a la semana.

Por otra parte, los niños y niñas de esta comunidad son los que toman más pan o tostadas para desayunar (49,6%), y los que menos galletas (35,8%), cereales (31,4%) y repostería casera (6,4%) consumen. El 10,2% toma fruta y el 12,2% bebe zumo natural en el desayuno

Respecto a los tipos de alimentos que ingieren los escolares andaluces, el 45,6% consume carne entre 4 y 7 ocasiones a la semana y sólo el 15,8% toma pescado más de tres veces a la semana.

**Conclusiones:** Los hábitos nutricionales de los escolares andaluces se alejan cada vez más de la dieta mediterránea y de los alimentos que la componen. Se hacen necesarias más estrategias para mejorar la educación alimentaria en la población infantil así como el grado de concienciación en este tema por parte de los padres.

### **Cociente cintura talla y ferropenia en niños obesos**

**Autor(es):** J.A. Guío Bácares, I.P. Fernández Viseras, M. Macías Mojón, D. Gómez-Pastrana, M.A. Santos Mata, F.J. Macías López

**Centros:** Servicio Pediatría. Hospital SAS Jerez.

**Introducción y Objetivo.-** La obesidad y la deficiencia de hierro son dos de los trastornos nutricionales más frecuentes en nuestro medio y desde la descripción de la Hepcidina comprendemos mejor el mecanismo de la deficiencia de hierro en la Obesidad. El objetivo de la presente comunicación es correlacionar el grado de deficiencia de hierro con el grado de obesidad central medido por el CCT.

**Material y Métodos.-** Se realizó un estudio observacional,

analítico y transversal de recogida de datos retrospectiva, en niños obesos del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Se incluyeron en el estudio un total de 74 niños de edades comprendidas entre 6 y 14 años, diagnosticados de obesidad, en los que su IMC estandarizado para edad y sexo era igual o mayor a 2 DS (z-score del IMC >2). Según el CCT clasificamos la obesidad en sobrepeso abdominal (0,45 a 0,49), obesidad abdominal leve (0,5-0,59), obesidad abdominal moderada (0,6-0,69), obesidad abdominal grave (>0,7). Los participantes se clasificaron según el grado de déficit de hierro en Ferropenia latente, Ferropenia sin Anemia y Anemia Ferropénica). El análisis estadístico de las variables se realizó con el programa SSPSS considerando como asociación significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.-** Todos los niños tuvieron alterado el metabolismo del hierro. La media del CCT fue similar en los distintos grupos de alteración del metabolismo del hierro (ferropenia latente:  $0,63 \pm 0,06$ , ferropenia sin anemia:  $0,65 \pm 0,05$ , anemia ferropénica:  $0,64 \pm 0,09$ ), ( $p = 0,68$ ). Tampoco existió una correlación significativa del CCT y el valor del hierro ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,43$ ), del índice de saturación ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,15$ ), de la transferrina ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,64$ ) ni de la capacidad de fijación ( $r = 0,18$ ;  $p = 0,13$ ). Sólo encontramos una relación significativa entre la clasificación de obesidad por el CCT y el tipo de alteración del metabolismo del hierro ( $p = 0,028$ ).

**Conclusión.-** Todos los niños con obesidad de nuestro estudio mostraron una alteración del metabolismo del hierro aunque sin relación significativa con el CCT.

### **Obesidad infantil y función tiroidea**

**Autor(es):** J.A. Guío Bácares, D. Gómez-Pastrana, I.P. Fernández Viseras, M.A. Santos Mata, F.J. Macías López, J. Ortiz Tradío

**Centros:** Servicio Pediatría. Hospital SAS Jerez.

**Introducción y Objetivo.-** La Obesidad se asocia a una serie de alteraciones endocrinas y metabólicas, algunas de ellas son secundarias a la obesidad. En este sentido esta descrito como en muchos pacientes obesos, tanto niños, como adolescentes y adultos encontramos niveles elevados de TSH y T3 libre, mientras que los niveles de T4 libre son normales. El objetivo del estudio es analizar las alteraciones de los niveles de TSH y T3 libre en una población de niños y adolescentes obesos y correlacionarlo con los diferentes grados de obesidad, según z-score del IMC (IMCz), del perímetro abdominal (PAz) y del cociente cintura talla (CCT).

**Material y Métodos.-** Se realiza un estudio observacional, analítico y transversal con recogidas de datos retrospectiva, en niños obesos del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Se incluyeron un total de 145, niños ( $n = 68$ ) y niñas ( $n = 77$ ) con edades comprendidas entre 6 y 14 años de edad diagnosticados de obesidad, con un IMCz >2. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS versión 17.0 considerando como criterio de asociación significativa  $p < 0,05$ .

**Resultados.-** Un 27,1% de los pacientes tuvieron niveles de TSH elevados y un 44,7% tuvieron elevados los de T3 libre, mientras que la T4 libre fue normal en todos los pacientes. No se encontró una asociación significativa de la TSH con ninguno de los parámetros utilizados para medir el grado de obesidad. Existió una relación inversa significativa entre los valores de T3 y el IMCz ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,014$ ), el PAz ( $r = -0,3$ ;  $p = 0,06$ ) y el CCT ( $r = -0,3$ ;  $p = -0,006$ ). Además, la media del valor de T3 libre fue menor cuanto mayor grado de obesidad

clasificado por el CCT ( $p = 0,03$ ). Dicha correlación inversa de la T3 no fue significativa en hombres pero sí en mujeres tanto con el IMCz ( $r = -0,45$ ,  $p = 0,002$ ), como con el PAz ( $r = -0,45$ ,  $p = 0,002$ ) y con el CCT ( $r = -0,32$ ,  $p = 0,034$ ).

**Conclusión.-** En nuestro grupo de pacientes obesos existe una alta frecuencia de alteración de la TSH y de la T3 libre con una asociación significativa e inversa entre los niveles de T3 libre y el grado de obesidad fundamentalmente en mujeres.

### **Eficacia de la terapia con bomba de insulina en niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1**

**Autor(es):** M.D.M. Romero Pérez, J.A. Bermúdez De La Vega, C. Merino Moreno

**Centros:** Hospital Universitario Virgen de la Macarena

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes tratados con bomba de insulina en nuestra Unidad y evaluar la eficacia de la terapia.

**Material y método:** Estudio observacional, longitudinal prospectivo de los pacientes con DM1 que iniciaron tratamiento con ISCI entre noviembre de 2013 y enero de 2016. Analizamos indicación de la terapia, HbA1c media y parámetros de control metabólico y variabilidad glucémica al inicio, 6 meses y 1 año de tratamiento: HbA1c, glucemia media (GM), desviación estándar (DE), porcentaje de hipoglucemias e hiperglucemias, relación GM/DE, dosis de insulina, número de controles diarios.

**Resultados:** Se instaura tratamiento con bomba de insulina en 26 pacientes (15 niñas y 11 niños), 69% prepúberes, con edad media de  $8,5 \pm 3,5$  años y tiempo de evolución de la enfermedad de  $3,23 \pm 2,12$  años. Todos se incluyeron en un programa de formación intensiva y seguimiento y se les ofreció la posibilidad de consulta de Telemedicina. Las indicaciones del tratamiento fueron hipoglucemias frecuentes, graves y/o inadvertidas (55%), inestabilidad glucémica (30%), mal control metabólico (30%) y fenómeno del alba (10%). La HbA1c media del año previo fue de  $7,25 \pm 0,68\%$ , a los 6 meses  $6,83 \pm 0,47\%$  y al año  $6,80 \pm 0,45\%$ , mejorando significativamente. La relación GM/DS media al inicio fue de 2,09, a los 6 meses 2,25 y al año 2,17, sin diferencias significativas. El porcentaje de hipoglucemias medio al inicio fue de 11,9% y al año de 8,6% ( $p = 0,001$ ) y el de hiperglucemias de 33,4% inicialmente y 31,9% al año, sin diferencias significativas. La dosis media de insulina requerida fue menor con la terapia ISCI (0,95 U/kg/día) que con múltiples dosis (1,14 U/kg/día), con diferencias significativas ( $p = 0,037$ ). El número de controles glucémicos diarios al año del inicio de la terapia (8,82) es significativamente superior al previo (6,8). El 80% de los pacientes hicieron uso de la consulta de Telemedicina, el 100% se mostró satisfecho con la terapia y en todos los casos se mantuvo una vez instaurada.

**Conclusiones:** La terapia ISCI ha demostrado su eficacia en nuestros pacientes, tanto por el descenso de la HbA1c, como por la menor variabilidad glucémica.

### **Dieta cetogénica, nuestra experiencia**

**Autor(es):** S. Torrejon Almeida, M.D.M. Alonso Montejó, J. Blasco Alonso, J. Serrano Nieto, E. Torcuato Rubio, M.C. López Castillo

**Centros:** Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Introducción y objetivos:** La dieta cetogénica (DC) es un

tratamiento no farmacológico de epilepsia refractaria y de determinados trastornos neurometabólicos. Consiste en dieta rica en grasas, pobre en hidratos de carbono y adecuada en proteínas.

Describir características clínico-epidemiológicas de pacientes tratados con DC, efectividad y efectos secundarios.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes < 14 años tratados con DC, seguidos por Gastroenterología y Neuropediatría en hospital de tercer nivel de 2011-2016.

**Resultados:** Se analizaron 6 pacientes, 5 con epilepsia refractaria (FIRES, delección 1p36, epilepsia criptogénica, síndrome de West y de Doose respectivamente) y 1 con déficit glut-1. El 80% fueron varones. La edad media actual es de 6 años (3-9.5 años), 60% menores de 4 años. La edad media al diagnóstico fue 1.15 años y de edad al inicio de la DC 5 años (1.5-8 años).

De los pacientes con epilepsia refractaria, 60% presentaba más de 50 crisis diarias previas al inicio de DC. Todos habían recibido de media 4.8 fármacos antiepilépticos (FAE), estando en tratamiento al inicio de DC con media de 2.8 FAE.

Todos inician dieta clásica, 80% tipo 4:1 y 20% restante 3:1. Objetivamos mejoría de crisis (< 50% número diario) en un 20%, empeoramiento en otro tanto por ciento, sin evidenciarse cambios significativos en 60% restante.

La duración media de DC fue 4 meses (2-12 meses), suspendiéndose en 60% por falta de eficacia. Respecto a efectos secundarios, destacar escasa incidencia, observándose en 40% ganancia de peso, siendo motivo de suspensión de DC en un paciente.

El paciente con déficit GLUT-1 fue diagnosticado con 5.4 años, iniciando DC que mantiene desde hace 6 meses, presentando mejoría de síntomas en ausencia de efectos secundarios.

En los dos últimos casos que inician DC se realiza control de beta-hidroxibutírico en sangre, determinándose buena correlación con cuerpos cetónicos en orina.

**Conclusiones:** Dado que la muestra es reducida, las conclusiones presentan un sesgo marcado. En nuestra muestra la eficacia de DC en pacientes con epilepsia refractaria es inferior a lo observado en bibliografía pudiendo influenciarse por retraso en su inicio. No observamos efectos secundarios importantes aunque si aumento de peso en paciente propiciando abandono de dieta.

### ***Trastorno de espectro autista en una consulta de neuropediatría***

**Autor(es):** J.L. Cuevas Cervera, E. García Jiménez, I. Rodríguez Quesada, A. Pérez-Aranda Redondo, D. García Molina, P. Munguira Aguado, J.A. Cózar Olmo

**Centros:** Hospital San Agustín

La detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) es fundamental para iniciar una intervención específica, personalizada en el niño y su familia, que favorecerá su desarrollo y mejorará la calidad de vida a largo plazo. En los últimos años asistimos a un aumento de diagnóstico de esta entidad, quizá por aumento de prevalencia o por más concienciación profesional.

**Objetivos y métodos:** Analizar las primeras visitas de los niños con diagnóstico actual de TEA en Consulta de Neuropediatría en nuestro hospital comarcal, 4 años. Comparar datos con otras series y hacer propuestas de mejora. Usamos la

base de datos de la consulta y el estudio retrospectivo de la historia clínica digitalizada. Describimos: datos epidemiológicos, edad de la primera consulta, procedencia, motivo de la derivación, antecedentes, sintomatología que presentaban en dicha visita, exámenes solicitados.

**Resultados:** De todos nuestros pacientes de Neuropediatría, un 5% tiene diagnóstico de TEA según DSM-5. Fueron revisadas 51 historias. El 76% eran varones. La edad media de la primera visita fue de 3,7 años; si bien la media baja a 2,92 si separamos los que presentaban fenotipo Asperger (9 casos), que suelen ser remitidos más tarde. El 70% venía remitido de Atención Primaria, siendo los principales motivos de derivación retraso lenguaje (33%), retraso psicomotor (21%) y alteración de conducta (21%). Hasta el 74% ya presentaban síntomas nucleares para diagnóstico de TEA. Otros síntomas detectados, por orden de frecuencia: alteraciones de sueño, hiperkinesia impulsividad, problemas con la alimentación, crisis convulsivas, rasgos dismórficos, agresividad. El 66% ya había sido remitido a Atención Temprana. En los que se inicio estudio de primer nivel, lo más solicitado fue: evaluación auditiva (70%), evaluación analítica (60%).

**Comentarios:** Un diagnóstico más precoz de los TEA requiere la colaboración de todos los profesionales implicados. Además de la sintomatología nuclear se ha de estar atento a otros síntomas orientativos, y escuchar las preocupaciones de los padres. Herramientas específicas como el M-CHAT ayudan a su detección. Un retraso en el diagnóstico definitivo no debe retrasar la intervención (Atención Temprana). Sobre estos planteamientos, se han iniciado medidas de formación y coordinación específica, interdisciplinar, en nuestra área sanitaria.

### ***Trastornos del movimiento (tics) como expresión de patologías más severas: Síndrome de Gilles de la Tourette***

**Autor(es):** E. Villar Quesada, B. Ruiz Garrido, B. Jiménez Jurado, E. Cambrón Carmona, C. Sierra Córcoles, J. De La Cruz Moreno

**Centros:** HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE JAEN

**Introducción:** El síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno neurológico caracterizado por múltiples tics motores y vocales.

Afecta al 1-2% de los niños en edad escolar y es el trastorno de movimiento más frecuente en edad pediátrica. Los tics son movimientos intermitentes, repetitivos, rápidos y estereotipados, precedidos de una sensación premonitoria que impulsa al realizar el movimiento, se suprimen a voluntad y pueden persistir durante todas las fases del sueño.

Frecuentemente se asocian a trastornos neuropsiquiátricos como los trastornos por déficit de atención/hiperactividad y los trastornos obsesivo-compulsivos.

**Objetivo:** Valorar la dificultad del diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento no epilépticos en la edad pediátrica.

**Casos clínicos:** Planteamos 3 casos clínicos los cuales cumplen los criterios diagnósticos de Síndrome de Gilles de la Tourette.

Destacando como motivo de consulta tics motores complejos sobre todo implicando hombros y miembros superiores. Uno de los casos presentaba tics fonatorios y linguales con heridas secundarias. En todos los casos presentaban antecedentes de tics faciales simples. Las edades están compren-

didas entre 6-12 años, predominando los varones 2:1. Las pruebas complementarias, tanto de imagen como de neurofisiología fueron normales. Uno de nuestros casos presentaba de base déficit cognitivo con epilepsia el cual precisó la realización de arrays con resultado normal. En 2 de nuestros casos se asocia a trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Dos de los casos precisaron tratamiento farmacológico manteniéndose en la actualidad para conseguir el control de los tics.

Añadir al tratamiento técnicas cognitivo-conductuales con autorregistro de los tics, descripción y detección de los tics, identificación de las sensaciones asociadas con los tics, relajación, ensayo del control de los tics, apoyo social...etc. mejoran el pronóstico. Todos los casos se mantienen en seguimiento en Neuropediatría.

**Conclusiones:** Dada su elevada prevalencia los tics deberán sospecharse en todo niño que entre los 5-10 años inicie movimientos involuntarios como único síntoma. Tomado un tic como fenómeno aislado puede confundirse con un movimiento coreico, distónico o mioclónico, de ahí la necesidad de pruebas complementarias para llegar al diagnóstico.

### ***Tuberculosis endobronquial: Revisión de nuestra caustica durante seis años***

**Autor(es):** B. Mendoza, A. Marin, A. Andrés, G. Pérez, M.J. Muñoz, P. Terol, M. Navarro

**Centros:** HU VIRGEN MACARENA

**Introducción y objetivos:** La incidencia de tuberculosis (TB) endobronquial es desconocida, aunque el porcentaje oscila entre 41-63%, llegando hasta 96.6% en alguna serie. El uso de la fibrobroncoscopia (FBC) como ayuda diagnóstica en la TB en niños no está indicada de rutina.

Los objetivos de nuestra revisión son: repasar las indicaciones de FBC en niños con TB, conocer el número de pacientes diagnosticados de TB que presentaban lesiones endobronquiales y describir un caso clínico característico.

**Métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de los niños ingresados por TB en nuestro hospital con edad comprendida entre 0 y 14 años. Periodo de tiempo estudiado junio 2010 a septiembre 2016. Al mismo tiempo, se han revisado el total de FBC realizadas en dicho periodo.

**Caso clínico y resultados:** Un total de 24 niños han sido ingresados por TB, con edad promedio de 4 años, sin predominio de sexo. Se ha realizado FBC a 5 niños (20%), y de éstas, en 4 casos (80%) existían lesiones endobronquiales.

Como caso representativo presentamos a una niña diagnosticada de TB pulmonar a los 17 meses de vida. A los 5 meses de iniciar el tratamiento antituberculoso, presenta un absceso pulmonar izquierdo que precisa drenaje. Tres meses después se realiza TC de control, en el que se observan adenopatías y focos de condensación alveolar en base pulmonar izquierda. Ante los hallazgos realizamos FBC, encontrando un granuloma que ocupa más del 70% de la luz del bronquio de la llingula. Seis meses después realizamos un control fibrobroncoscópico, apreciándose lesión polipoidea que obstruye el bronquio de la llingula. Actualmente se está valorando su resección por cirugía o láser.

#### **Conclusiones**

1) La FBC no está indicada de forma rutinaria en todos los niños con TB.

2) La incidencia de hallazgos endoscópicos en niños con TB, en los cuales está indicada la fibrobroncoscopia, es alta.

3) El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de las lesiones endobronquiales es importante para disminuir las complicaciones secundarias como las bronquiectasias y estenosis bronquial.

4) Entre las indicaciones de FBC exploratoria en TB, siempre debemos realizarla ante aquel niño con TB y respuesta inadecuada al tratamiento antituberculoso.

### ***Proyecto "Descúbreme": ¿Creemos los pediatras en la participación infantil?***

**Autor(es):** J.A. Cózar Olmo, J.L. Cuevas Cervera, E. García Jiménez, I. Rodríguez Quesada, A. Pérez-Aranda Redondo, D. García Molina, L. Beltrán Rodríguez, J. Nieto Fernández

**Centros:** Hospital San Agustín

**Introducción:** La participación infantil es uno de los cuatro principios básicos que recoge la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Incorpora la perspectiva infantil y adolescente en las Políticas de Salud para dar respuesta a los problemas médicos de los niños. Además es congruente con un enfoque en Derechos de la Infancia. Desde este Enfoque en Derechos del Niño, se ha propuesto un Proyecto de Visitas Escolares al Hospital de Linares desde los distintos colegios de su ámbito de asistencia: Educación Primaria, Secundaria y Ciclos Formativos.

#### **Objetivos:**

- Entender el hospital como un lugar que está presente de manera positiva a lo largo de la vida del niño.

- Desdramatizar la enfermedad entre niños y jóvenes, proporcionando una visión del hospital como un "centro promotor de salud".

- Fomentar la Participación Infantil-Juvenil como un proceso de crecimiento que ayuda a los niños a promover la realización de todos sus derechos y prepararles para desempeñar una función activa en la sociedad.

#### **Metodología:**

1.- Con un mes de antelación, desde el Aula Hospitalaria, se conecta con la Dirección del Colegio, se informa a los profesores de los Objetivos y se envía una Encuesta para que desde el aula se trabajen.

2.- En un segundo momento, se organiza una visita guiada durante una mañana al Hospital y Servicio de Pediatría:

- Subgrupo 1: Visita Unidad de Pediatría con explicación por profesionales de instalaciones, equipamiento y funcionamiento.

- Subgrupo 2: Permanecen en Salón de Actos con charla de "Estilos de Vida Saludable".

3.- Encuesta post-visita en Colegio y envío al Aula Hospitalaria.

#### **Conclusiones:**

1.-Valoramos como beneficioso la información recibida por los niños, que les permite desarrollar confianza, aumentar habilidades en la toma de decisiones, potenciar su autoestima y les ayuda a hacer frente a una eventual hospitalización.

2.- Disminuyen factores como la escasa iniciativa, pasividad, conformismo y falta de sentido crítico.

3.-Las aportaciones de las Encuestas en áreas como Equipamiento, Organización de Espacios, Decoración, Ocio, Información recibida, etc. servirán para implementar el Programa de Participación Infantil, en coordinación con Dirección y Profesionales (pediatras, enfermería y profesora de aula).

### **Uso de antibióticos en las bronquiolitis agudas antes y después de un protocolo de actuación en un hospital terciario**

**Autor(es):** G. Benitez Moscoso (1), E. García Soblechero (2), C. Perez Serralvo (1)

**Centros:** (1)Hospital Juan Ramón Jiménez, (2)Hospital Costa de la Luz.

**Introducción:** La bronquiolitis aguda es una de las patologías que sufre mayor variabilidad en su manejo diagnóstico-terapéutico y donde “lo que hacemos” se separa de manera importante de “lo que sabemos” a pesar de existir múltiples guías de práctica clínica. Todo esto da lugar a prácticas clínicas dispares de dudosa efectividad y eficiencia.

La elaboración de un protocolo de manejo a nivel local, su instauración e implementación mejoran la adecuación de los cuidados en bronquiolitis según la evidencia disponible.

El objetivo es comprobar si la instauración de un protocolo de actuación influye en la variabilidad del manejo de las bronquiolitis aguda en niños hospitalizados.

**Metodología:** Estudio cuasi-experimental de series interrumpidas simple en hospital terciario durante dos campañas otoño-invernales sucesivas (2010-2011 Y 2011-2012).

Se elaboró un protocolo de manejo de bronquiolitis aguda a nivel local basado en la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad Español del 2010; dicho protocolo se creó entre las dos fases de recogidas de datos haciéndose conocer a todo el personal relacionado con el servicio de pediatría.

Se incluyeron todos los niños hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis aguda.

#### **Resultados y Discusión**

No se apreció influencia del protocolo en el grado de prescripción antibiótica antes y después de la instauración del mismo.

La edad mayor de 60 días de vida, el hallazgo de neumonía en la radiografía de tórax y la presencia de alteraciones analíticas son factores determinantes que aumentan la prescripción antibiótica en nuestro medio. En cuanto a la severidad un SCORE HSJD > 10 y el uso de oxigenoterapia también dispara el uso de antibióticos. La determinación positiva del VRS como causante de la bronquiolitis no modifica el uso de antibióticos.

**Conclusiones:** La bronquiolitis aguda es una de las patologías infantiles con mayor variabilidad en su manejo diagnóstico-terapéutico.

La introducción de un protocolo local de manejo diagnóstico-terapéutico, es útil para mejorar la adecuación de cuidados en bronquiolitis aguda y reducción de la variabilidad del manejo hospitalario; a pesar de ello no se han detectado diferencias en nuestro estudio en la prescripción de antibióticos antes y después de la instauración del mismo.

### **Uso de corticoides en el tratamiento de la bronquiolitis aguda antes y después de un protocolo de actuación local en hospital terciario**

**Autor(es):** G. Benitez Moscoso<sup>(1)</sup>, E. García Soblechero<sup>(2)</sup>, C. Perez Serralvo<sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, <sup>(2)</sup>Hospital Costa de la Luz.

**Introducción:** A pesar de que la inflamación juega un papel predominante en la patogénesis de la obstrucción de la vía

aérea en la bronquiolitis aguda, no hay estudios que defiendan los beneficios de la prescripción aislada de corticoides en dicha patología. A pesar de ello hay muchos profesionales que continúan utilizándolos.

Según la evidencia científica disponible, la elaboración de un protocolo de manejo a nivel local, su instauración e implementación mejoran la adecuación de los cuidados en bronquiolitis aguda.

Es por ello por lo que hemos querido comprobar si la instauración de un protocolo de actuación influye en el uso de corticoides en nuestro hospital.

**Metodología:** Estudio cuasi-experimental de series interrumpidas simple en hospital terciario durante dos campañas otoño-invernales sucesivas (2010-2011 Y 2011-2012).

Se elaboró un protocolo de manejo de bronquiolitis aguda a nivel local basado en la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad Español del 2010; dicho protocolo se creó entre las dos fases de recogidas de datos haciéndose conocer a todo el personal relacionado con el servicio de pediatría.

Se incluyeron todos los niños hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis aguda.

**Resultado y Discusión:** En nuestro estudio se ha demostrado eficaz la introducción de un protocolo de actuación para reducir la prescripción de corticoides en niños hospitalizados por bronquiolitis aguda, de un 44% a un 6%.

Podemos observar que su uso es más frecuente en niños de mayor edad y además ha implicado un aumento de estancia hospitalaria.

Hemos realizado un modelo predictivo del uso de corticoides, donde el paciente con menos probabilidad de recibir corticoides, con un 0,65%, sería aquel que tuviese menos de 60 días de vida, SCORE HSJD Leve y que pertenezca a una campaña tras difusión de protocolo de actuación; en comparación con un 86,36% en el caso opuesto.

**Conclusiones:** La bronquiolitis aguda es una de las patologías infantiles con mayor variabilidad en su manejo diagnóstico-terapéutico.

El uso de un protocolo de actuación se ha mostrado eficaz para la reducción del uso de corticoides en bronquiolitis aguda de niños hospitalizados sin esto suponer un aumento de la estancia hospitalaria.

### **Realización de radiografía de tórax en bronquiolitis aguda antes y después del establecimiento de un protocolo de actuación local en un hospital terciario**

**Autor(es):** S. Gómez Pérez<sup>(1)</sup>, E. García Soblechero<sup>(2)</sup>, C. Perez Serralvo<sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, <sup>(2)</sup>Hospital Costa de la Luz.

**Introducción:** La evidencia existente desaconseja el uso rutinario de la radiografía de tórax en pacientes con bronquiolitis aguda y reservarlas sólo para aquellos casos severos o de evolución tórpida o atípica.

La elaboración de un protocolo de manejo a nivel local, su instauración e implementación podrían mejorar la adecuación de los cuidados en bronquiolitis aguda.

El objetivo es comprobar si la instauración de un protocolo de actuación influye en la reducción de la realización de la radiografía de tórax de forma rutinaria en pacientes hospitalizados por bronquiolitis aguda en nuestro centro.

**Metodología:** Estudio cuasi-experimental de series interrumpidas simple en hospital terciario durante dos campañas otoño-invernales sucesivas (2010-2011 Y 2011-2012).

Se elaboró un protocolo de manejo de bronquiolitis aguda a nivel local basado en la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad Español del 2010; dicho protocolo se creó entre las dos fases de recogidas de datos haciéndose conocer a todo el personal relacionado con el servicio de pediatría.

Se incluyeron todos los niños hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis aguda.

**Resultado y Discusión:** La instauración de un protocolo de actuación no fue exitosa con nuestro volumen de muestra a la hora de reducir la utilización de radiografía de torax. El grado de utilización observado fue de un 43% preintervención y un 41% postintervención; el cual es ya bastante bajo en comparación con otros estudios similares realizados cuyo porcentaje de actuación oscila entre un 51-95%. En cuanto a los hallazgos encontrados en las radiografías realizadas no se encontraron diferencias entre ambas campañas.

El SCORE de HSJD de gravedad, necesidad de oxigenoterapia y la realización de analítica si se han relacionado con la realización de la radiografía de torax.

**Conclusiones:** La bronquiolitis aguda es una de las patologías con mayor variabilidad en su manejo diagnóstico-terapéutico.

La introducción de un protocolo de manejo diagnóstico-terapéutico a nivel local, es útil para mejorar la adecuación de cuidados en bronquiolitis y reducción de la variabilidad del manejo hospitalario. A pesar de ello no se ha detectado diferencias en la realización de radiografía de tórax partiendo de niveles bajos de indicación de ésta.

### **Características clínico-analíticas de pacientes ingresados con bronquiolitis en un hospital terciario**

**Autor(es):** S. Gómez Pérez (1), E. García Soblechero (2), C. Perez Serralvo (1)

**Centros:** (1)Hospital Juan Ramón Jiménez, (2)HOSPITAL COSTA DE LA LUZ

**Introducción:** La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante, con una incidencia anual del 10% y una tasa de ingreso del 1-5%, mayor cuanto menor es el paciente o si existen patologías de base. Ello supone una importante carga para el sistema sanitario, especialmente durante la temporada epidémica de VRS.

**Metodología:** Estudio descriptivo de las características clínicoanalíticas de todo los pacientes ingresados por BA durante dos campañas consecutivas

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 168 pacientes. 56% varones. Media de edad de 70 días. El 26% eran neonatos. Sólo 12% tuvieron lactancia materna durante un período mayor de 2 meses. 49% de los padres fumaban. Los picos de máxima incidencia fueron en Febrero y Enero. El principal motivo de consulta fue la disnea (53%), seguido de la tos (21,1%) y fiebre (12%). En el 55% de los casos los síntomas se iniciaron más allá de 72 h preingreso. El motivo principal de hospitalización fue la ausencia de mejoría a pesar de tratamiento bajo observación hospitalaria al menos 24 horas. En cuanto a la clínica, la rinorrea y la tos se observaron en 97% de pacientes, rechazo de alimentación en un 74% y un 48,2% presentó fiebre (temperatura máxima mediana alcanzada de

38,3°C). El 56% ingresaron por una BA moderada (7% por BA grave). El 53% de ingresados precisaron oxigenoterapia. Las comorbilidades o complicaciones estuvieron presentes en el 24% de los pacientes, siendo las más frecuentes la hiponatremia (11,3%), neumonía (6,5%) y conjuntivitis (5,4%); y las más graves convulsiones (1,2%), TPSV (1,2%) y muerte (0,6%). El VRS se detectó en el 66%. Las medianas de número de leucocitos, índice infeccioso y PCR máxima fueron 15100 leucocitos, 0,07 y 1,7 mg/dl respectivamente.

**Conclusiones:** La BA tiene un pico de incidencia otoño-invernal en nuestro medio. El agente causal más frecuente en niños hospitalizados es el VRS. Se inicia con síntomas catarrales a los que se añade disnea de intensidad variable. La fiebre suele ser moderada. La hipoxemia puede determinar la necesidad de ingreso para oxigenoterapia. Es frecuente un recuento leucocitario superior a 15000.

### **Síndrome de abstinencia neonatal: estudio descriptivo en el Hospital de Jerez en los últimos 10 años**

**Autor(es):** M.D.R. León Morillo, M.T. De Benito Guerra, P. Martín Cendón, C. Martínez Rivero, G. Cortázar Rocandio, C. Morales Pérez, I.M. Mayordomo Morales, B. Ruiz Sanz, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera

**Introducción:** El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) aparece al interrumpirse bruscamente el paso de sustancias tóxicas a través de la placenta. El diagnóstico es clínico y el tratamiento debe asegurar un ambiente tranquilo y una alimentación adecuada. El test de Finnegan valora la necesidad de tratamiento farmacológico. En caso de SAN a opiáceos se debe comenzar el tratamiento con sulfato de morfina y en el SAN a otras drogas con fenobarbital, dosificando en función del test de Finnegan.

Siempre que se constate consumo de tóxicos se comunicará a servicios sociales.

**Material y métodos:** Revisión de 26 casos de SAN mediante estudio descriptivo retrospectivo sobre las historias clínicas en el servicio de Pediatría del Hospital de Jerez, entre 2005 y 2015.

**Resultados:** Se han registrado 26 pacientes, sin diferencia porcentual en cuanto a sexo. La incidencia anual ha sido de 1,04 por cada 1000 nacimientos.

Las drogas consumidas fueron: Opiáceos en un 46,15% de los casos, benzodiazepinas (42,3%) y antidepresivos (34,6%). El 57,7% de las madres consumieron más de una droga y un 62,5% fueron fumadoras durante la gestación. Un 23% de madres eran portadoras de VIH.

La sintomatología comienza en las primeras 48 horas (77%) con síntomas neurológicos (87,5%) y una duración mayor a una semana (72%). El test más empleado fue tóxicos en orina (92,3%). La valoración del test de Finnegan se aplicó en el 69,23% de los pacientes y el 73,1% precisaron tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:**

1. A pesar del pequeño tamaño de nuestra muestra existe buena correlación con los datos publicados en la literatura.

2. Aunque ha aumentado el consumo de antidepresivos y benzodiazepinas, no existe aumento significativo de la incidencia de SAN por estas sustancias, hecho que podría significar un posible infradiagnóstico de este.

3. Existe buena correlación entre la severidad de la clínica, el test de Finnegan y la necesidad de tratamiento.

4. La detección de tóxicos en orina solo objetivaría el consumo del último mes de gestación, siendo necesario valorar el trimestre de consumo materno con otras determinaciones.

### **Nuevos modelos familiares: Madres solteras por elección**

**Autor(es):** C. Coronel Rodríguez<sup>(1)</sup>, A.M. Chaves Barco<sup>(2)</sup>, F. Violade Guerrero<sup>(2)</sup>, M.D. Gonzalez Soria<sup>(1)</sup>, M. Begara De La Fuente<sup>(1)</sup>, M. Guisado Rasco<sup>(3)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>CS AMANTE LAFFON, <sup>(2)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, <sup>(3)</sup>CS MERCEDES NAVARRO

**Introducción:** Observamos en nuestras consultas la aparición de nuevos modelos familiares y la menor frecuencia del concepto tradicional de familia, detectando circunstancias de convivencia parecida a "modern family" con familias monoparentales por adopción o elección, reconstituidas, del mismo sexo parental, etc.

**Objetivo:** Describir las características de los niños y madres del grupo de madres solteras por elección (MSPE) y describir las características comunes a la misma.

**Resultados:** Se hace una revisión de todos los niños asignados a los cupos de los dos pediatras del Centro de Salud (2.614, 1324 varones y 1290 niñas) así como de sus respectivos modelos familiares. Participaron en el estudio la totalidad de las MSPE, fueron 13 madres con un total de 15 niños/as (0.57%) con una edad media de 38.4 años y con estudios de grado superior (66.6%). Trabajadoras fijas por cuenta ajena (86.6%) y con jornada laboral completa y con solvencia económica.

El número medio de parejas anteriores era de 3.6 (+1.33) y el número de intentos previos de ser madre 1.13 (+ 1.3).

La técnica de reproducción asistida elegida fue fertilización in vitro (66.66%), con un coste medio 10400€ y nº medio de embriones 2.5. Como resumen final hacían una valoración buena de la experiencia (53%) y con alguna dificultad (40%) pero motivada por la prematuridad.

**Conclusiones:** Pensamos que el modelo tradicional de familia está en regresión con la aparición nuevas formas así como una actitud diferente respecto a la maternidad por parte de la sociedad en general y la mujer en particular.

### **Incidencia de asfixia perinatal en el hospital Nuestra Señora de Valme en 2015: análisis de la casuística y comorbilidad asociada.**

**Autor(es):** B. Rodríguez León<sup>(1)</sup>, E.P. Torres Begara<sup>(2)</sup>, J. Casanovas Lax<sup>(3)</sup>

**Centros:** Hospital Universitario de Valme

**Introducción:** La asfixia perinatal representa una agresión producida al feto o al recién nacido por falta de oxígeno o de una perfusión tisular adecuada.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de asfixia perinatal en el Hospital Nuestra Señora de Valme durante el año 2015, sus factores de riesgo y la comorbilidad asociada a posteriori.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo (serie de casos) sobre asfixia perinatal en neonatos nacidos en nuestro hospital durante el año 2015. Variables estudiadas: prenatales (gestacionales y obstétricas), neonatales

(datos somatométricos, reanimación, puntuación Apgar , ph cordón) y postnatales (complicaciones detectadas durante el ingreso).

**Resultados:** En el año 2015 se produjeron 3461 nacimientos , con un total de 29 casos de asfixia perinatal, lo que supone una incidencia del 0.83%.

El perfil materno es el de una mujer primípara, joven, sin patología durante el embarazo y con parto distócico. La mayor parte de neonatos fueron varones, a término, con pH de cordón mayoritariamente en el intervalo comprendido entre 7.0-7.20 y puntuación Apgar 6-8 al minuto 1 y 5. Las principales complicaciones observadas fueron hematológicas, respiratorias y neurológicas, con 3 casos de encefalopatía hipóxico-isquémica.

**Discusión:** La asfixia perinatal sigue suponiendo un reto terapéutico en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. El paciente afecto debe entenderse como un todo, valorando todos los posibles factores que hayan podido condicionar su génesis.

La neuroprotección con hipotermia ha supuesto un importante avance en el tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica. Es fundamental el seguimiento de los pacientes con asfixia perinatal para valorar posibles secuelas a largo plazo.

### **Utilidad de la ecografía como cribado en la displasia del desarrollo de la cadera: análisis en el Hospital de Valme en 2016**

**Autor(es):** B. Rodríguez León<sup>(1)</sup>, I. Sánchez Vicente<sup>(2)</sup>, J. Casanovas Lax<sup>(3)</sup>, J. Barahona Martín<sup>(4)</sup>

**Centros:** Hospital Universitario de Valme

**Introducción:** La displasia del desarrollo de la cadera representa un espectro de anomalías anatómicas entre el fémur y el acetábulo. Algunos de los factores de riesgo son: sexo femenino, macrosomía, presentación podálica, etc. Su diagnóstico puede realizarse por la clínica y por pruebas de imagen. Las opciones terapéuticas vendrán definidas en base al tipo de paciente y a la historia natural de su enfermedad.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de displasia del desarrollo de la cadera en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme de aquellos neonatos nacidos durante los meses de Enero- Septiembre 2016, los posibles factores de riesgo asociados, su diagnóstico y el tratamiento administrado.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo mediante serie de casos sobre aquellos casos incidentes de displasia del desarrollo de la cadera entre los meses de Enero a Septiembre de 2016 . Se recogen los datos clínicos y radiológicos a partir de la herramienta "gestión del conocimiento" de la Historia Clínica electrónica y de la base de datos de informes ecográficos.

**Resultados:** De un total de 238 ecografías realizadas, se obtuvieron 25 casos de displasia del desarrollo de la cadera de 2383 nacimientos en ese periodo, lo que representa una incidencia del 1.04% en nuestra área. Del total de casos, existió una distribución equilibrada a la hora de llegar al diagnóstico en base a criterios clínicos y factores de riesgo asociados, con un 45 % de cada uno de ellos . El 10% restante constituyó un diagnóstico posterior al periodo neonatal inmediato. En todos los casos se recibió tratamiento ortopédico, con un 85 % de casos con arnés de Pavlik.

**Discusión:** La displasia del desarrollo de la cadera representa una entidad compleja, de incidencia variable y multi-

factorial. Debe primar la exploración clínica. Las pruebas complementarias nos ayudarán en caso de duda clínica o si presenta algún factor que condicione su aplicación. Existe una falta de consenso generalizado sobre la aplicación de la ecografía a las 4-6 semanas como cribaje universal, con una tendencia a recomendar actualmente el cribaje selectivo. Existen múltiples opciones terapéuticas, adaptadas al paciente, a su enfermedad y a su historia natural.

### **Vitamina D: No siempre son seis gotas**

**Autor(es):** C. García Pérez<sup>(1)</sup>, C. Coronel Rodríguez<sup>(2)</sup>, E. Díaz-Cano Carmona<sup>(1)</sup>, R. Gil Cardona<sup>(1)</sup>, M.D. Gonzales Soria<sup>(2)</sup>, M. Begara De La Fuente<sup>(2)</sup>, M.C. Guisado Rasco<sup>(3)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, <sup>(2)</sup>Centro de Salud Amante Laffón, <sup>(3)</sup>Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro

**Introducción:** Debido a las recomendaciones actuales de suplementación oral de vitamina D, de 400UI/día para lactantes durante su primer año de vida, ha aparecido en los últimos meses una amplia gama de productos destinados a este fin. A su vez esta variedad, provoca una diversidad de posologías entre unos y otros. Hemos observado que esta situación induce a error en la administración de las dosis adecuadas, tanto por parte de las familias como de los profesionales sanitarios.

**Métodos y materiales.** Revisiones de los prospectos de los productos que están en el mercado y bibliografía referente al tema a fecha del 31 octubre de 2016.

**Resultados.** De los 13 productos analizados, 4 contienen únicamente vitamina D, el resto tiene algún componente más (otras vitaminas, ácidos omega 3...). 2 de ellos, no están recomendados en menores de 2 años según prospecto, y solo 2 presentaciones están financiados por el Sistema Nacional de Salud. De los productos que se pueden usar en menores de un año, para alcanzar la dosis recomendada la posología oscila desde 0.04 a 1 ml y desde 2 a 24 gotas al día.

**Discusión y conclusión.** Esta variabilidad de las posologías puede llevar a error, la cual hemos constatado con mayor frecuencia desde Atención Primaria. Se ha visto que las dosis diarias prolongadas de vitamina D hasta 10.000 UI parecen ser seguras; sin embargo, el Comité de Nutrición ESPGHAN señala que los informes sobre intoxicación por vitamina D son escasos y que no hay acuerdo sobre el umbral de toxicidad. Así pues, se destaca la importancia de explicarles a las familias la posología correcta del fármaco recetado, y que los profesionales se actualicen con respecto a las nuevas presentaciones de este tipo de productos en el mercado.

### **Raquitismo carencial en hijos de madre con hipovitaminosis D: A propósito de dos casos**

**Autor(es):** E. Torcuato Rubio, C. Antúnez Fernández

**Centros:** Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Introducción:** El raquitismo carencial es una entidad infrecuente en nuestro medio puesto que la dieta reglada durante la infancia aporta los nutrientes necesarios para un correcto desarrollo. Es una hipocalcemia mantenida por déficit de vitamina D debido a escaso aporte o a síntesis disminuida por exposición solar insuficiente. La hipocalcemia crónica produce afectación multiorgánica siendo las alteraciones óseas las más características en la edad pediátrica.

Se exponen dos casos diagnosticados recientemente en pacientes de raza negra (RN) hijos de madre con hipovitaminosis D (hipoD).

#### **Casos clínicos**

**Paciente1:** niña RN de 4 años con dolor, alteraciones óseas y retraso en el inicio de la deambulacion. Destaca lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses con posterior dieta basada en legumbres y rechazo de lácteos. Presenta talla baja ( $p < 1$ ,  $-5.89$ SDS), genu valgo severo, protusión de mesetas tibiales internas, hiperlordosis marcada e inclinación radial de muñecas.

**Paciente2:** niña RN de 2.6/12 años con deformidad de MMII, retraso en el inicio de la deambulacion y marcha inestable. Destaca gestación controlada en nuestro medio y LME hasta los 18 meses. Presenta talla baja ( $p3$ ,  $-1.97$ SDS), genu varo severo, hiperlordosis, marcha anadeante y ensanchamiento epifisario distal cubitoradial.

Ambas presentan títulos bajos de calcio (hipoCa), déficit severo de 25-OH-VitaminaD3 y elevación de PTH. Se solicitan determinaciones maternas que evidencian en ambas hipoCa, déficit severo de 25-OH-VitaminaD3 en la adre del paciente1 y déficit moderado en la del paciente2. En ambas pacientes se inicia carbonato cálcico y VitaminaD3, con normalización analítica al mes del inicio del tratamiento, y se indica seguimiento materno para corrección de la hipoD.

	PACIENTE1	PACIENTE2
Deambulacion	4 años	24 meses
Bioquímica-pretratamiento	Ca 8.7mg/dL P 3.7mg/dL FA 1156U/L PTH 175pg/ml 25-OH-VitD3 6.62ng/ml	Ca 8.7mg/dL P 3.7mg/dL FA 1156U/L PTH 175pg/ml 25-OH-VitD3 6.62ng/ml
Bioquímica-materna	25-OH-VitD3: 6.65ng/ml	25-OH-VitD3: 16.20ng/ml

**Conclusión:** El raquitismo carencial es una patología infrecuente en nuestro medio pero con consecuencias óseas potencialmente graves. Por ello recalamos la importancia de la detección precoz de la hipoD en neonatos de riesgo y en mujeres embarazadas, especialmente de RN y con poca exposición solar, así como el valor, en pediatría, de una dieta reglada por profesionales sanitarios.

### **Altas de Neonatología, problemas vistas desde atención primaria**

**Autor(es):** C. García Pérez<sup>(1)</sup>, C. Coronel Rodríguez<sup>(2)</sup>, R. Gil Cardona<sup>(1)</sup>, E. Díaz-Cano Carmona<sup>(1)</sup>, M.D. Gonzales Soria<sup>(2)</sup>, M. Begara De La Fuente<sup>(2)</sup>, M.C. Guisado Rasco<sup>(3)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, <sup>(2)</sup>Centro de Salud Amante Laffón, <sup>(3)</sup>Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro

**Introducción:** El informe de alta de Neonatología es una de las formas de comunicación más importante entre el hospital, Atención Primaria y los padres con respecto al recién nacido. En este trabajo se quiere hacer hincapié en lo fundamental de la información que presenta y cómo se recoge, entre otros aspectos.

**Materiales y métodos:** Se han recopilado y analizado los informes de alta de las unidades de Neonatología, de niños

que acudieron a la primera revisión del Programa de Salud Infantil del Centro de Salud Amante Laffón de Sevilla, durante los meses de septiembre y octubre.

**Resultados:** En estos informes se han observado una serie de detalles mejorables, tales como:

- Un uso inadecuado de las plantillas, que hace que no concuerden las exploraciones con los diagnósticos al alta.

- El empleo imprudente de sinónimos técnicos (p.e.: Prueba del Talón y detección de Errores del Metabolismo), más la adición de protocolos no necesarios en todas las situaciones.

- Respecto a la vacunación de la hepatitis B, las hojas de vacunación todas están incompletas con respecto a la serología materna, además de observar que la pegatina de la vacuna se coloca en lugares no apropiados.

- En varias ocasiones, el pediatra asignado no corresponde al centro de salud donde se le atenderá a posteriori, ya que se vincula directamente al padre, y éste no es consciente de este hecho.

- Las consecuencias de indicar que el recién nacido debe ser revisados por su pediatra en 48-72 horas, sin explicarles que deben pedir previamente cita para el Programa de Salud Infantil, generando así una consulta de urgencia.

**Conclusiones:** Todas estas cuestiones pueden inducir a error y provocar un perjuicio en la asistencia del recién nacido. Su cambio potenciaría una mejor comprensión por parte de los padres de la situación clínica del neonato y favorecería, por otro lado, una mejora en la continuidad de los cuidados desde Atención Primaria.

### **Programa de trasplante cardíaco pediátrico en Andalucía. 28 años de experiencia**

**Autor(es):** E. Gómez Guzmán, M. Tejero Hernandez, M.J. Arroyo Marin, M. Frias Perez, J. Casares Mediavilla, C. Merino Cejas, J.L. Pérez Navero, J.M. Arizon Del Prado

**Centros:** Hospital Universitario Reina Sofía

El programa de trasplante cardíaco infantil Andaluz comenzó en 1988 (primer trasplante en menor de 16 años, en 1998 el primero menor de 1 año y en 1998 en periodo neonatal. En 2009 implantamos el programa de asistencia ventricular (ECMO y Berlín Heart).

**Objetivo:** Analizar los resultados del programa en los últimos 28 años. Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo revisión de historias clínicas. Resultados: 73 trasplantes en 69 pacientes (4 retrasplantados) edad entre 8 días y 16 años, el 60% varones, el 55% en código urgente. El 25% llegan al trasplante con una asistencia de larga duración tipo Berlín Heart y el 20 % precisan asistencia en ECMO posttrasplante. De media realizamos 2,6 trasplantes/año. Indicaciones: Miocardiopatías 49,5%, Cardiopatías Congénitas (48,5%) Tumores o arritmias (2%). La relación de peso donante/receptor fue adecuada 66%, sobredimensionada 30% e infradimensionado en el 4%. La técnica quirúrgica fue biauicular (19%) o bicava (81%). El tiempo de isquemia medio del injerto fue 203 min (75-330min) y el de CEC de 105 min (70-160min). La mortalidad quirúrgica, 8%, por complicaciones técnicas, rechazo hiperagudo o fallo primario del injerto (FPI) y la mortalidad en UCIP en el primer mes fue del 14% por FPI, rechazo agudo o infección. La supervivencia global es 78% al mes, 75% a los 6 meses, 72% al año, 68% a los 5 años, 62% a los 10 años y 58% a los 15 años. Durante el seguimiento no hubo ninguna infección mortal. El 42% tuvieron neumonías, 27% varicela, 12,5% parasitosis intestinales, 14% pri-

mo infección/reactivación CMV. 5% han padecido tumores (linfoma). Conclusiones: El trasplante cardíaco está indicado en pacientes en clase funcional III/IV a los que no se les puede ofrecer ninguna otra alternativa médica o quirúrgica. Las principales indicaciones son por miocardiopatía dilatada y las cardiopatías congénitas intervenidas. La mayor mortalidad se produce en el primer año posttrasplante. Las principales complicaciones fueron a corto y medio plazo el rechazo y la infección y a largo plazo la vasculopatía del injerto. El implante del programa de asistencia ventricular aumenta la probabilidad de trasplantarse y mejora la supervivencia posttrasplante.

### **Utilidad de la Ecocardiografía funcional en Pediatría: ¿puede modificar nuestra actitud terapéutica?**

**Autor(es):** F.J. Salas Salguero, M.C. Díaz Colom, G. Quesada Trujillo, C. Salido Peracaula, B. Ruiz De Zárate, I. Mayordomo Morales, J. Guío Baccas, R. Chulián Cruz, R. Ramírez Pérez, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital de Jerez

La ecocardiografía funcional (EcoF) en el manejo del paciente crítico se está extendiendo de forma vertiginosa, dado su enorme potencial. Nos permite valorar el estado hemodinámico del paciente y de esta forma dirigir o modificar los tratamientos, sobre todo en el paciente inestable. Presentamos una serie de casos clínicos de ejemplo, donde la valoración hemodinámica por ecocardiografía cambió la actitud terapéutica, con el consiguiente beneficio para el paciente.

Caso 1: Pretérmino de 32 sg, distrés respiratorio progresivo, con aumento de la asistencia ventilatoria hasta parámetros agresivos. Radiografía y analítica sin hallazgos significativos. Se realiza EcoF seriada donde se comprueba un aumento progresivo de la aurícula izquierda. Se inicia tratamiento con diuréticos, con evolución rápidamente favorable.

Caso 2: Pretérmino de 27 sg, sepsis neonatal precoz. Deterioro hemodinámico a pesar de altas dosis de inotrópicos con evolución desfavorable. En la EcoF, se objetiva un ventrículo izquierdo hiperdinámico que se colapsa en sístole, indicativo de un exceso de inotrópicos y déficit de precarga. Se pauta disminución progresiva de inotrópicos y reexpansión hídrica, con estabilización hemodinámica.

Caso 3: Niña de 6 años derivada por sospecha de sepsis de origen urinario. A su llegada, presenta mal estado general, con tensión normal, taquicardia, desaturación, hepatomegalia y masa palpable en fosa renal izquierda. La ecocardiografía muestra shock cardiogénico por trombosis masiva de cavidades derechas, secundario a tumor de Wilms, lo que cambia radicalmente la actitud terapéutica en cuanto a la estabilización.

Caso 4: Niña de 8 años con antecedente de parálisis cerebral infantil severa que ingresa por shock séptico, con insuficiencia renal secundaria tras estabilización inicial. En la evolución se pauta restricción hídrica por edemas y persistencia del fallo renal. Aparece soplo sistólico. La EcoF demuestra un déficit de precarga que genera colapso en sístole del ventrículo izquierdo. Se rehidrata a necesidades basales con mejoría progresiva.

Comentarios: La EcoF se muestra como una herramienta tremendamente útil para la valoración hemodinámica de los pacientes, permitiendo dirigir y adecuar el tratamiento hacia la causa subyacente, mejorando los resultados clínicos. La implementación de esta técnica puede ser muy productiva en las Unidades de Urgencias y UCIs tanto pediátricas como neonatales.

### **Fisioterapia postoperatoria en cardiopatías congénitas**

**Autor(es):** M. Tejero Hernandez, C. Vacas Jurado, E. Gomez Guzman, M. Arroyo Marin, R. Gallardo Leiva

**Centros:** HMI Reina Sofia

**Introducción y objetivos:** La cirugía cardíaca presenta complicaciones a nivel respiratorio frecuentes. El objetivo de la fisioterapia cardiorrespiratoria postoperatoria en este tipo de pacientes es mejorar la movilidad de la caja torácica e iniciar precozmente actividades motoras propias de su edad para evitar riesgos de encamamiento prolongado y complicaciones respiratorias.

**Material y métodos:** Se revisan pacientes cardiopatas atendidos en los últimos dos años que han recibido tratamiento con fisioterapia respiratoria y cardíaca postcirugía. Se dividen en grupos de edad: < 6 meses, de 6m hasta 4 años y mayores de 4 años. Analizamos el material utilizado, tipos de técnicas respiratorias y evolución. (Aportamos vídeos)

**Resultados:** Hallamos un total de 23 pacientes cardiopatas intervenidos que recibieron tratamiento de fisioterapia desde Enero 2015 hasta noviembre 2016. De ellos 5 menores de 6 meses, 7 de entre 6 meses-4 años y 11 mayores de 4 años (4 de ellos intervenidos de trasplante cardíaco). El material utilizado ha sido muy diverso: pomperos, instrumentos de viento, cinta rodante, bicicleta estática, espejos, colchonetas, correapasillos, cama elástica, etc. No hemos tenido ningún efecto adverso con la terapia. La evolución de nuestros pacientes ha sido satisfactoria así como la valoración subjetiva por parte de los mismos y de los cuidadores habituales. La fisioterapia cardiorrespiratoria nos ha permitido iniciar actividad física y lúdica precozmente, con buena adaptación y tolerancia por parte del paciente.

**Conclusiones:** La fisioterapia cardiorrespiratoria postcirugía precoz en pacientes con cardiopatías congénitas consigue favorecer sus habilidades de forma precoz, permitiendo un inicio temprano de la actividad física, readaptándolos al esfuerzo, trabajando la musculatura respiratoria, mejorando el patrón respiratorio y la eliminación de secreciones, consiguiendo así una mejoría en su calidad de vida.

Otros beneficios son la disminución del número de complicaciones como pueden ser el retraso motor, el síndrome de encamamiento prolongado, infecciones /atelectasias respiratorias, etc.

Existe evidencia cada vez mayor de la efectividad y beneficios esta terapia precoz tras cirugía cardíaca en adultos, sin embargo en niños la literatura es escasa. En España aún no existe un protocolo establecido.

### **Papel del TAC multicorte de baja radiación en la patología coronaria pediátrica**

**Autor(es):** M. Tejero Hernandez, S. Espejo Perez, E. Gómez Guzmán, M. Arroyo Marin

**Centros:** HMI Reina Sofia

**Introducción y objetivos:** La patología coronaria es una entidad poco frecuente en pediatría. En ocasiones la ecocardiografía no permite una buena resolución anatómica siendo necesaria otras exploraciones. El cateterismo cardíaco tiene como algunas desventajas importantes los efectos nocivos de la radiación prolongada, la necesidad de anestesia general, complicaciones derivadas de los accesos vasculares, etc. El TAC multicorte cardíaco con bajas dosis de radiación se ha

convertido en un método alternativo para el estudio de estas las anomalías coronarias. Es una exploración poco invasiva, rápida de realizar, que ofrece excelente resolución anatómica y aporta información sobre otras alteraciones en el resto de estructuras cardíacas y mediastínicas.

**Material y métodos:** Presentamos la experiencia en nuestro centro en pacientes con anomalías coronarias detectadas desde Enero 2014 hasta Octubre 2016. Se analizan las patologías, edad, frecuencia cardíaca durante la prueba, dosis de radiación recibida y efectos secundarios.

**Resultados:** Se encontraron un total de 8 pacientes con anomalías coronarias; 2 adquiridas (enfermedad de Kawasaki con aneurismas gigantes) y 6 congénitas (3 síndrome de Alcapa, 1 ostium coronario único en paciente con D-TGA, y dos anomalías de la anatomía coronaria izquierda). Las edades estuvieron comprendidas entre los 5 días de vida y los 9 años, siendo el 50% de ellos menores de 2 años. En el 5 de ellos se realizó preparación previa con propranolol oral en 2 dosis para disminuir la frecuencia cardíaca 48 horas antes de la prueba. La dosis media de radiación estuvo en torno a 1,1 mS (rango 0,6- 1.7). En todos ellos la prueba fue bien tolerada sin incidencias. Se aportan imágenes.

**Comentarios:** El TAC multicorte de baja radiación es una prueba poco invasiva y rápida que ofrece excelente resolución anatómica en las anomalías coronarias pediátricas. En nuestra experiencia ha sido bien tolerado por los pacientes y permite evitar sedaciones y radiaciones prolongadas, así como aportar información sobre otras anomalías en vasos y órganos vecinos.

### **Revisión de nuestra experiencia en IA enfermedad Kawasaki en nuestro hospital en los últimos 10 años**

**Autor(es):** G. Cortazar Rocandio, C. Salido Peracaula, R. Chulián Cruz, M.J. Martínez Larios, F.J. Salas Salguero, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad multisistémica, idiopática, caracterizada por vasculitis que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, como arterias coronarias provocando aneurismas. Para su diagnóstico es necesario la presencia de fiebre de más de 5 días de evolución y al menos cuatro criterios clínicos, a saber: conjuntivitis, exantema polimorfo, afectación de extremidades, alteraciones estomatológicas y linfadenopatía cervical.

**Resumen/Objetivos:** profundizar en las características de la enfermedad de Kawasaki en nuestro medio en los últimos 9 años.

**Material/métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en nuestro medio, incluyendo a los pacientes con diagnóstico al alta de enfermedad de Kawasaki desde julio de 2007 hasta enero de 2016.

**Resultados:** Se reunieron un total de 20 pacientes. La mediana de la edad fue de 2 años, siendo el 70% de ellos menores de 5 años. El 55% presentaron la forma completa. Estacionalidad: invierno 20%, otoño 20%, primavera 30% y verano 30%. Relación niño/niña de 2.3:1. A la hora de analizar los criterios diagnósticos, la fiebre mayor de 5 días se produjo en el 95% de nuestros pacientes, las alteraciones estomatológicas se produjeron en un 85% de ellos, inyección conjuntival y exantema en el 80%, el 75% presentaron cambios en las extremidades y las adenopatías laterocervicales se dieron en el 30% de nuestros pacientes. El valor analítico

más repetido en nuestra serie es la trombocitosis presente en el 95% de nuestros pacientes al 7º día desde el comienzo del cuadro, la PCR se elevó por encima de los 40mg/L en el 70% de los casos. Las alteraciones cardiológicas se presentaron en un 15% de nuestros pacientes.

**Discusión:** La enfermedad de Kawasaki es de por sí de difícil diagnóstico al presentar gran variabilidad en las formas clínicas, debemos además tener en cuenta la influencia de factores locales, como queda de manifiesto en nuestra revisión. En nuestro medio sólo un 55% de nuestros pacientes presentó la forma completa, no hallamos estacionalidad como está descrita ampliamente en la literatura y en nuestra serie, criterios como la linfadenopatía cervical tiene una prevalencia mucho menor que de la que presenta en la literatura (50-80%).

### **Trasplante cardíaco en paciente con miocardiopatía restrictiva secundaria a fibroelastosis endocárdica con presiones pulmonares altas**

**Autor(es):** E. Gómez Guzmán<sup>(1)</sup>, M.A. Tejero Hernandez<sup>(1)</sup>, M.J. Arroyo Marin<sup>(1)</sup>, C. Merino Cejas<sup>(1)</sup>, J. Casares Mediavilla<sup>(1)</sup>, M. Velasco Jabalquinto<sup>(1)</sup>, F. Coserria Sanchez<sup>(2)</sup>, J.M. Arizon Del Prado<sup>(1)</sup>

**Centros:** <sup>(1)</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, <sup>(2)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío

Paciente con antecedente neonatal de estenosis aórtica crítica y fibroelastosis endocárdica que se realizó valvuloplastia aórtica efectiva en las primeras 24 h de vida. A lo largo del seguimiento en su hospital de origen se mantuvo asintomático, en clase funcional I y con ecocardiografías seriadas anuales con buena función sistólica del ventrículo izquierdo (VI), válvula aórtica competente y presiones pulmonares (PAP) normales estimadas mediante ecocardiografía hasta los 13 años de edad. Presenta un síncope de esfuerzo y en la reevaluación se objetivan parámetros de disfunción diastólica e HTPu por ecocardiografía, por lo se realiza cateterismo: PCP 22 mmHg, PsAP 63 mmHg PAPm 37 mmHg (GTP 15mmHg). Se mantiene seguimiento clínico y tras presentar un nuevo síncope a los 6 meses se deriva para valoración de trasplante. Se realiza cateterismo en nuestro centro con test vasodilatador con los siguientes resultados Basal: PCP 33 mmHg PAP 75/18 mmHg. PAPm 59mmHg. Post inhalación óxido nítrico: PCP 34 mmHg. PAP 59/33 mmHg con PAPm 40 mmHg. Con el diagnóstico de MCR con HTPu reactiva y GTP de 6 mmHg, se incluye en lista de trasplante cardíaco para un corazón sobredimensionado, crearle una CIA y tratamiento intensivo de HTPu. Tras 4 meses en lista se realiza trasplante cardíaco, se crea una CIA y durante el postoperatorio precisa asistencia en ECMO AV dos semanas por disfunción biventricular postrasplante, y posteriormente asistencia solo del ventrículo derecho por HTPu durante 6 semanas. Finalmente el paciente pudo ser dado de alta a domicilio con tratamiento oral vasodilatador pulmonar. Comentarios. La estenosis aórtica crítica neonatal asocia con frecuencia fibroelastosis endocárdica en VI. Ésta puede permanecer y desarrollar disfunción diastólica aislada de VI a pesar del tratamiento correcto de la estenosis aórtica. El inicio de HTPu es indicativo de trasplante cardíaco. Ante el primer dato clínico o ecocardiográfico sugestivo debe realizarse cateterismo cardíaco. Si la HTPu es reactiva puede realizarse trasplante cardíaco aislado gracias al uso de vasodilatadores pulmonares específicos pre y postrasplante. En estos casos suelen ser necesarios sistemas de soporte ventricular externo en el postoperatorio a corto y medio plazo.

### **Púrpura trombocitopénica inmune. Revisión de los casos de los últimos cuatro años en nuestra unidad**

**Autor(es):** E. Villar Quesada, A.I. González Espín, J.S. Vilchez Pérez, J. De La Cruz Moreno, I. Peláez Pleguezuelos

**Centros:** Hospital Materno Infantil de Jaén.

La púrpura trombocitopénica (PTI) es uno de los trastornos hematológicos más frecuentes en la población infantil y la adolescencia. A pesar de considerarse un trastorno benigno, en el 30% de los niños, la enfermedad tiene un curso prolongado, y entre el 5-10%, desarrolla una enfermedad refractaria grave.

**Objetivo:** Conocer algunas características del diagnóstico y seguimiento de la PTI con implicación en posibles enfermedades futuras.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 20 pacientes con PTI evaluados en el Complejo Hospitalario de Jaén entre 2012 y 2016.

De los 20 pacientes (12 hombres/8 mujeres). La edad media al diagnóstico fue de 4 años (1-11 años). Las manifestaciones clínicas al diagnóstico: Equimosis 85%, petequias 80%, epistaxis 35%, gingivorragia 20%, hematuria 10%. Se identificó un pródromo infeccioso en 50% de pacientes. El recuento plaquetario al diagnóstico fue < 20.000 en 18 pacientes (90%).

Se trataron el 85% con inmunoglobulina endovenosa, corticoides 20% y terapia combinada con Inmunoglobulinas y corticoides 45%. A destacar un paciente que precisó inmunosupresores (micofenolato), posteriormente romiplostim y esplenectomía a los 5 años de vida.

Como respuesta al tratamiento el 70% presentó remisión completa, 15% remisión transitoria, 10% remisión parcial y 5% respuesta refractaria que acabó siendo PTI crónica (5%).

Presentan datos de autoinmunidad al diagnóstico el 25% pacientes: ANAS + en 3, Ac Lúpico + en 3: 1 Ac anti-DNA +; 1 Ac Cardiolipina +. Encontramos 5 pacientes con antecedentes familiares de autoinmunidad (sólo 2 de estos tenían datos de autoinmunidad). 2 pacientes presentaron posteriormente clínica de autoinmunidad: Uno de ellos Lupus y otro Urticaria-Vasculitis.

#### **Conclusiones:**

- La mayor parte de los pacientes al diagnóstico no presentaron clínica hemorrágica aguda grave pero sí datos de lesiones a nivel de la piel siendo las equimosis y las petequias lo más destacado.

- Casi la mitad de los pacientes precisaron terapia combinada para la resolución de la plaquetopenia siendo poco frecuente el uso de otras terapias.

- Destacar la importancia de estudiar la autoinmunidad en el diagnóstico y seguimiento de la PTI ya que podría orientarnos a otras patologías asociadas.

### **Tasa de utilización de Antibióticos en Pediatras de A.P. Variabilidad y Evolución 2014-2016**

**Autor(es):** I. Gómez Garrido (1), C. Fernández Carazo (2), A. Almagro Tello (1), B. Jiménez Jurado (1), J.M. Cerón (3), J. De La Cruz Moreno (1)

**Centros:** (1)UGC Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén. (2)U.G.C. El Valle. Distrito sanitario de Jaén-Jaén Sur, (3)Director asistencial Distrito Sanitario de Jaén

**Introducción:** El uso inadecuado y el abuso en el consu-

mo de antibióticos constituyen la causa principal del rápido aumento de las resistencias bacterianas, que unido a la escasez de tratamientos alternativos supone un problema de gran magnitud en Salud Pública. El 85% de los antibióticos se prescriben en Atención Primaria, la mayoría para infecciones respiratorias. Para hacer una prescripción adecuada, los profesionales necesitan formación, medios diagnósticos y tiempo adecuado de consulta.

**Objetivos:** Estudiar la variabilidad interindividual y la tendencia evolutiva global en la prescripción de Antibióticos de los pediatras de Atención Primaria durante un periodo de tiempo, tras la aplicación de un Programa Formativo en el año 2014. Sensibilizar a los pediatras en formación sobre la necesidad de un uso adecuado, mediante la participación en programas de vigilancia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de la Tasa de Consumo de Antibacterianos (expresada como Dosis Diaria Definida, DDD/1000 TAFE y día) de cada uno de los 38 pediatras de un Distrito Sanitario semiurbano del S.A.S. durante los años 2014, 2015 y 2016, siendo la epidemiología estable. Datos obtenidos de la Unidad de Farmacia del Distrito y analizados estadísticamente mediante SSPS.

**Resultados:** La Tasa de consumo aumentó (17.30 IC (15.53, 19.08) en 2014, 18.46 IC (16.41, 20.52) en 2015 y 18.93 IC (16.47, 20.52) en 2016). La desviación típica, expresión de la variabilidad de las Tasas, también se elevó durante los años de estudio (5.3, 6.2 y 7.4 respectivamente), siendo los valores mínimos (9.5, 9,18 y 10,4) y los máximos (31.5, 32.8 y 43.7). Individualmente, un 39.4% (15/38) de pediatras han mantenido o disminuido sus tasas.

**Conclusiones:** No se observa una mejora global en el consumo tras la aplicación de un Programa Formativo, aunque un grupo importante de pediatras han reducido su Tasa. Se constata una amplia variabilidad entre pediatras, lo que sugiere la puesta en marcha de otras actuaciones (métodos de diagnóstico rápido en A.P.), y la necesidad de continuar la formación incluyendo al MIR. La vigilancia en el consumo de antibióticos es una estrategia útil dentro de un Plan Estratégico para disminución de Resistencias bacterianas.

### **Adenitis cervical. Nuestra casuística en los últimos diez años**

**Autor(es):** M.B. Maldonado Martín, M. Sanchez Forte, A.R. Sanchez Vazquez, C. Bueno Rebollo, R. Pulido Esteban, E. Jimenez Iniesta

**Centros:** Hospital Torrecárdenas

La adenitis cervical es una patología frecuente en Pediatría, siendo la mayoría de causa infecciosa. Sin embargo, es un diagnóstico que alerta y preocupa a los padres por relacionarlo con cuadros de origen tumoral.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de los casos ingresados en la Unidad de Gestión Clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas en los últimos 10 años.

**Material y método:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde se han revisado las historias clínicas de 66 pacientes ingresados entre los años 2006-2016 con diagnóstico de adenitis cervical. Se estudian distintas variables como edad, sexo, mes y año de ingreso, parámetros analíticos, aislamiento bacteriano, tratamiento antibiótico empleado y necesidad de cirugía.

**Método estadístico:** Los datos se mostraron como media  $\pm$  desviación estándar en el caso de variables continuas y n(%) en caso de variables categóricas.

**Resultados:** La causa principal fue de origen infeccioso (92.4%). En el 3.5% de casos el origen fue micobacterias no tuberculosas. 4 casos fueron de origen tuberculoso y 2 de causa tumoral. El 70% respondió favorablemente al tratamiento antibiótico intravenoso. El resto precisó drenaje o exéresis quirúrgica (30%). La edad media de aparición fue de  $4.11 \pm 3.549$  años, con una mediana de 3, siendo más prevalente en varones (57%) y en los meses de Abril (11.3%) y Diciembre (8.5%). En 15 casos se consiguió aislar el germen causante, siendo en la mayoría de ellos *Staphylococcus aureus* (53%). Los antibióticos más utilizados fueron Amoxicilina/Clavulánico (38%) y Cloxacilina (21%) intravenosos. Solo en 6 casos el origen de la infección fue un foco odontógeno que precisaron extracción de la pieza dentaria. Los niveles medios de PCR en adenitis infecciosa fueron  $6.55 \pm 7.29$  mg/dl (mediana 3.72).

**Conclusiones:** Aunque la causa más frecuente de adenitis cervical es infecciosa (*S. aureus*), en los casos en los que no exista respuesta al tratamiento antibiótico es necesario descartar otras causas infecciosas como la Tuberculosis o Infecciones por Micobacterias no tuberculosas y un origen tumoral. Para ello, es determinante el estudio anatomopatológico y pruebas complementarias como Mantoux e IGRA (Quantiferon) que serán fundamentales para su diagnóstico.

### **Leishmaniosis visceral: Nuestra experiencia en diez años**

**Autor(es):** B. Ruiz De Zárate Sanz, I. Mayordomo Morales, S. Rodríguez Barrero, C. Aragón Fernández, J. Rubio Santiago, F. Macías Lopez, J. Ortiz Tardío

**Centros:** Hospital de Jerez

Presentamos a continuación los casos de Leishmaniosis Infantil diagnosticados en el Hospital de Jerez desde el año 2006 hasta la fecha.

Lactante de 5 meses que consulta por fiebre alta de un mes. Presenta palidez cutáneo-mucosa y hepatoesplenomegalia. En la analítica destaca descenso moderado de las tres series sanguíneas, hipoalbuminemia con hipertransaminemia moderada. VSG máxima de 53 mm/hora y PCR al ingreso 4 mg/dl. Aspirado M.O: celularidad aumentada, normal para la edad del paciente. Ausencia Leishmania a la visualización por microscopio. Serología Leishmania: Positiva para Ig G e IgM. Iniciamos tto con Anfotericina B liposomal intravenosa, con excelente evolución y sin recurrencias.

Lactante de 9 meses que consulta por fiebre alta de 14 días de evolución. En la exploración: palidez cutáneo mucosa y tinte pajizo junto con esplenomegalia moderada. En analítica Hb de 9,4 g/dl, con Hto 30%, plaquetas y leucocitos normales, leve aumento de GOT, con GPT y GGT normales e hipertrigliceridemia de 328 mg/dl. Aspirado M.O se observan amastigotes de Leishmania en el interior de los macrófagos. Tanto la Serología, el Ag en orina y la PCR en sangre para Leishmania resultan positivas. Recibe tratamiento con Anfotericina B liposomal i.v con buena respuesta.

Lactante de 3,5 meses que ingresa por fiebre alta de 72 horas de evolución sin foco. En la exploración inicial se palpa leve esplenomegalia. Analíticamente presenta leucopenia y anemia, hipoalbuminemia leve, aumento de triglicéridos y de enzimas hepáticas. El Aspirado de M.O no demuestra alteraciones importantes sin llegar a visualizarse Leishmania

intracelular. Serología a Leishmania positiva. Se inicia tto con Anfotericina B liposomal i.v con muy buena evolución.

Lactante de 18 meses que presenta fiebre alta de un mes de evolución. En la exploración moderada palidez cutáneo mucosa y esplenomegalia leve a la palpación. La analítica muestra Hb 6,4g/dl, plaquetas 49.000/mcl, neutrofilos 716/ml. Serología y Ag en Orina para Leishmania negativa. Aspirado M.O: no visualización de amastigotes. Ante la fuerte sospecha clínica de Leishmaniosis visceral se instaura tto con Anfotericina B liposomal, con excelente respuesta. A las 48 horas de inicio del tratamiento, llega resultado de PCR a Leishmania Positiva en sangre y M.O.

### **Encefalitis por Enterovirus A-71: Descripción de un caso.**

**Autor(es):** I. Sánchez Vicente (1), B. Rodríguez León (2), I. Geniz Díaz (3), A. Barcia Ramírez (4)

**Centros:** Hospital Universitario de Valme

Los enterovirus constituyen uno de los agentes etiológicos de encefalitis que, en la actualidad, están cobrando mayor protagonismo. Se está produciendo un aumento en la incidencia y gravedad de encefalitis producida por diferentes serotipos de dicho virus.

Se describe el caso de una niña de 2 años que desarrolló un cuadro de encefalitis por enterovirus A-71. Acudió al servicio de urgencias hospitalarias por un cuadro de fiebre, temblores, inestabilidad en la marcha y vómitos. A la exploración física destacaba la presencia de inestabilidad en la marcha con aumento en la base de sustentación así como mioclonías de extremidades superiores e inferiores. Ante la sospecha diagnóstica se obtuvieron muestras de LCR, exudado nasofaríngeo y heces iniciándose, posteriormente, tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y corticoides. Dos meses después de ser dada de alta hospitalaria persiste dificultad para la marcha y alteraciones en el comportamiento.

La descripción de este caso nos ayuda a reconocer, de forma precoz, el cuadro clínico característico de este serotipo de enterovirus para así poder obtener las muestras más rentables que permitan el aislamiento del virus y con ello, el diagnóstico definitivo.

### **Dermatomiositis juvenil en el diagnóstico diferencial de la debilidad muscular en el niño**

**Autor(es):** C. Bueno Rebollo, J. Garcia Feito, R. Pulido Esteban, P. Aguilera Lopez, M. Sanchez Forte, M. Martin Gonzalez, A. Bonillo Perales

**Centros:** C.H TORRECARDENAS

**Introducción:** La DMJ (dermatomiositis juvenil) es una conectivopatía con vasculopatía sistémica de base autoinmune y de inicio en la infancia que asocia debilidad muscular simétrica proximal, lesiones en piel como pápulas de Gottron, eritema en heliotropo con edema violáceo palpebral, y síntomas constitucionales. Su diagnóstico y tratamiento precoz es crucial, dada su baja prevalencia, ya que condiciona el pronóstico.

**Descripción del caso:** Presentamos dos casos de DMJ diagnosticados en nuestro servicio este año. Varón, 6 años, con debilidad muscular proximal en cintura escapular y pélvica junto con lesiones típicas de DMJ en piel. Presenta CPK elevada, Resonancia magnética muscular de miositis y capilaroscopia con hallazgos compatibles. Se inicia

Prednisona a 1mg/Kg/día y Metotrexate 10mg subcutáneos semanales más ácido fólico. En Consulta de Reumatología se ajustan dosis de ambos tratamientos, constatando corticodependencia al necesitar aumento de dosis de Mtx hasta 20mg para reducir dosis de corticoides. En su evolución el paciente ha precisado nuevo ingreso para tratamiento con IGIV por brote de debilidad muscular estando en pauta descendente de corticoides.

Mujer, 7 años, raza árabe. Presenta debilidad muscular proximal y simétrica junto con elevación de CPK, fiebre de 15 días de evolución y lesiones típicas en piel. Cumple al ingreso 3/5 criterios de Bohan y Meter. Dada la buena respuesta clínica y analítica a la corticoterapia se prescinde de biopsia muscular y electromiograma. Al alta se inicia Mtx semanal, y en consulta de Reumatología se realiza pauta descendente de corticoides, reapareciendo la misma clínica cutánea y muscular al descender de Prednisona 1mg/Kg/día, por lo que se prevé historia evolutiva similar en ambos casos.

**Discusión y conclusiones:** La DMJ es una conectivopatía de baja prevalencia en la edad pediátrica (2-4 casos por millón al año). Más del 90% de los pacientes sobreviven al 5º año pero un 41-60% presenta complicaciones como debilidad muscular residual y calcinosis, condicionadas fundamentalmente por retraso diagnóstico y falta de un tratamiento temprano y agresivo. La corticoterapia junto con inmunosupresores, son la base del tratamiento; conseguir dosis apropiadas es un reto para optimizar el balance y control de la inflamación/iatrogenia.

### **Dermatitis atópica complicada**

**Autor(es):** B. Jiménez Jurado, E. Villar Quesada, I. Gómez Garrido, A. Almagro Tello, C. Sierra Córcoles, J. De La Cruz Moreno

**Centros:** Hospital Universitario Ciudad de Jaén

**Introducción:** La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria cutánea, crónica e intermitente asociada frecuentemente con IgE sérica elevada e historia personal o familiar de atopía. Esta dermatosis no es sólo una enfermedad limitada a la piel, sino que debido a la pérdida integral de la barrera cutánea que se produce en ella, predispone a infecciones bacterianas y víricas graves secundarias, convirtiéndose, en ocasiones, en una enfermedad severa y con complicaciones graves a tener en cuenta.

**Objetivo:** Valorar la importancia del diagnóstico de ciertas complicaciones de la dermatitis atópica más allá de considerarla sólo una enfermedad con única afectación cutánea ya que, a partir de ella, se desarrollan cuadros muy graves con potencial morbimortalidad para el paciente.

**Casos clínicos:** A propósito de tres casos clínicos, se exponen algunas de éstas, tales como la erupción variceliforme de Kaposi y la diseminación cutánea generalizada por virus varicela zoster.

Los dos primeros casos son dos varones, de 13 y 23 meses, que consultan por fiebre y lesiones cutáneas. Ambos presentan lesiones vesiculosas con umbilicación central sugerente de eczema herpeticum sobre lesiones de dermatosis previa, y además, el primero de ellos presenta una lesión facial izquierda eritematosa con costras melicéricas asociadas sospechosas de sobreinfección bacteriana. Tienen en común la afectación de predominio facial y antecedentes personales de dermatitis atópica y alergia alimentaria múltiple. La serología de virus herpes fue positiva confirmando el diagnóstico. El

tercer caso es un varón de 9 años que consulta por lesiones dermatológicas en diferentes estadios sugerentes de infección por virus varicela zóster, en paciente con tratamiento inmunosupresor por dermatitis atópica severa. Se realizó PCR de VVZ en la lesión: positiva, así como serología IgG positiva a varicela por vacunación previa, diagnosticándose de herpes zóster diseminado. Todos presentaron buena evolución clínica tras iniciar tratamiento con aciclovir intravenoso y antihistamínicos orales, con lesiones en remisión y mejoría clínica.

**Conclusiones:** Es fundamental la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica de ambas entidades, para establecer un tratamiento precoz que evite sus posibles complicaciones, ya que aún siendo cuadros potencialmente graves disponen de tratamiento efectivo.

### **Abordaje multidisciplinar de pacientes traqueostomizados en los últimos diez años**

**Autor(es):** E. Jimenez Iniesta, Y. Gonzalez Jimenez, A.R. Sanchez Vazquez, J. Battles Garrido, M.T. Rubi Ruiz, M.B. Maldonado Martin, C. Bueno Rebollo, R. Pulido Esteban, A. Bonillo Perales

**Centros:** C.H.Torrecárdenas

**Introducción:** En los últimos años la indicación de traqueostomía ha cambiado. Las indicaciones más frecuentes actualmente son las alteraciones estructurales de vía aérea superior y la ventilación mecánica prolongada por lo que la necesidad de estos pacientes de mantener su traqueostomía por largos periodos de tiempo precisa tanto un manejo multidisciplinar como domiciliario.

**Objetivo:** Describir las características etiológicas, clínicas y terapéuticas así como el seguimiento multidisciplinar de estos pacientes.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que requirieron traqueostomía en los últimos 10 años en hospital de 3 nivel. Fuente: Historia clínica, base de datos Diraya.

**Resultados:** Se realizó traqueostomía en 9 pacientes: 6 varones y 3 mujeres, de edades comprendidas entre 3 meses y 14 años.

La indicación en 5 pacientes fue por alteración de vía aérea (estenosis supraglótica y subglótica) y en 4 pacientes por VM prolongada. De ellos 5 pacientes continuaron con VM domiciliaria y 4 con O2 en traqueostomía. 4 son portadores de gastrostomía y 2 de SNG los cuales recibieron fórmula polimérica. Precisaron tratamiento antiepiléptico 2 pacientes y tratamiento enzimático sustitutivo otros 2 pacientes. Se aislaron cultivos positivos a *P.aeruginosa* en 5 pacientes. 2 han sido decanulados a los 2 años y a los 5 años de la traqueostomía (edades 3 y 6 años) y ninguno presentó complicaciones. 1 exitus al año de la traqueostomía (edad 15 años) por su enfermedad de base. Todos recibieron vacuna antineumocócica y antigripal y 4 pacientes Palivizumab en época estacional.

El seguimiento multidisciplinar ha requerido de la asistencia de los siguientes profesionales: neumólogos, digestivos y neurólogos pediatras, cirujanos infantiles, otorrinolaringólogos y rehabilitadores así como asistencia domiciliaria por parte de cuidadores y de los equipos de atención extrahospitalaria.

#### **Conclusiones:**

- La traqueostomía tiene actualmente unas indicaciones precisas con escasas complicaciones por lo que se considera una intervención quirúrgica segura, cuando el ámbito y

cuidados post-operatorios son los adecuados.

- Es necesario establecer equipo multidisciplinario para el abordaje integral tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

- Desarrollar programas para capacitar a los cuidadores en el manejo domiciliario.

### **Analgesia y sedación en servicio de urgencias**

**Autor(es):** R. Pulido Esteban, M.I. Rodríguez Lucenilla, I. García Escobar, C. Bueno Rebollo, E. Jiménez Iniesta, B. Maldonado Martín

**Centros:** Hospital Torrecárdenas

**Introducción:** La valoración y tratamiento del dolor en los niños es una parte importante de la práctica pediátrica. Por lo que la analgesia y sedación debe ser prioridad en los servicios de urgencias pediátricas.

**Objetivo:** El objetivo principal de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia tras la puesta en marcha de un protocolo de analgesia y sedación en nuestra unidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo.

Criterios de inclusión: todo procedimiento de sedación y/o analgesia realizados en la unidad de Urgencias Pediátricas del hospital Torrecárdenas durante el periodo de tiempo entre 1 julio a 31 octubre de 2016. Se diferencian en procedimientos mayores: desbridamiento de quemaduras, drenaje de abscesos y reducción de fracturas y luxaciones y en procedimientos menores como suturas de heridas, artrocentesis, extracción de cuerpo extraño y punción venosa según la intensidad de dolor o ansiedad que puedan generar al paciente.

**Resultados:** Se registraron 104 procedimientos de sedoanalgesia, 47% en mujeres. La edad media fue de 5,6 años. Se realizaron 64 procedimientos menores y 38 procedimientos mayores.

Los fármacos más utilizados fueron: óxido nítrico 32 (31%) y asociación fentanilo-midazolam 22 (21%). Se registraron efectos adversos inmediatos en 8 procedimientos (edema palpebral, epistaxis autolimitada, agresividad y mareo). Solo en 1 ocasión se necesitó el uso del antídoto (flumaceniil), por efecto paradójico del midazolam.

La valoración del procedimiento por parte de los padres tuvo una puntuación media de 9 sobre 10. Un 80% de los padres volverían a repetir el procedimiento bajo sedoanalgesia.

**Conclusiones:** La reducción de fracturas y la sutura de heridas fueron los principales procedimientos donde se usó la sedoanalgesia. La combinación farmacología más utilizada fue midazolam y fentanilo intranasal.

En todos los casos los padres estuvieron presentes lo cual disminuye el nivel de disconfort y ansiedad de los niños. Los efectos adversos reportados son mínimos y en la mayor parte de los casos autolimitados.