



# **LXIX Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia**

Hospital Lucus Augusti, Lugo  
9 y 10 de noviembre de 2018

**PROGRAMA**

**LIBRO DE COMUNICACIONES**

Edita:  
Sociedad de Pediatría de Galicia (SOPEGA)

© 2018, Sociedad de Pediatría de Galicia

Maquetación:  
AVA Soluciones Tecnológicas, SL

# INDICE

Comités .....	4
Información general .....	6
Programa .....	8
Índice de comunicaciones .....	11
Comunicaciones orales .....	25
Pósters .....	45
Colaboradores .....	121

# Comités

---

## **Comité organizador**

*Presidentes:*

Roberto Pérez Pacín  
M<sup>ª</sup> Aurea Fernández Lopez

*Vocales:*

Pilar Rodriguez de la Riva  
Cristina López Muínelo  
Carmen Almuiña Simón  
Sheila Ingerto Docampo  
Isabel López Conde  
Juan Anllo Lago

## **Comité Científico**

*Presidentes:*

Alicia Cepedano Dans  
Belén Pérez Mourelos

*Vocales:*

M<sup>ª</sup> Consuelo Calviño Costas  
Andrea Seoane Reino  
Carmen García-Plata Gonzalez  
Esther Vázquez Lopez  
Laura Pérez Gay  
Tatiana Amil Pena

## Junta Directiva

---

*Presidente:*

José Ramón Fernández Lorenzo

*Vicepresidente primero:*

Ángel López-Silvarrey Varela

*Vicepresidente segundo (Atención Primaria):*

Juan José Loira Costas

*Vicepresidente tercero (Pediatría hospitalaria):*

Ana Concheiro Guisán

*Vicepresidente de Especialidades:*

M<sup>a</sup> Luz Couce Pico

*Vicepresidente de Cirugía Pediátrica:*

Iván Somoza Argibay

*Secretaria:*

Pilar Adelaida Crespo Suárez

*Vicesecretaria:*

Josefa Ares Álvarez

*Tesorera:*

María José Méndez Bustelo

*Vocales:*

*Por Coruña:* Alejandro Ávila Álvarez

*Por Lugo:* Manuel Silveira Cancela

*Por Ourense:* Susana M<sup>a</sup> Rey García

*Por Pontevedra:* Vacante

*Por Ferrol:* José Luaces González

*Por Vigo:* Beatriz Cortés Osorio

*Por Santiago:* Paula López Pérez

*Representante MIR:*

Ana Carnicero Iglesias

# Información General

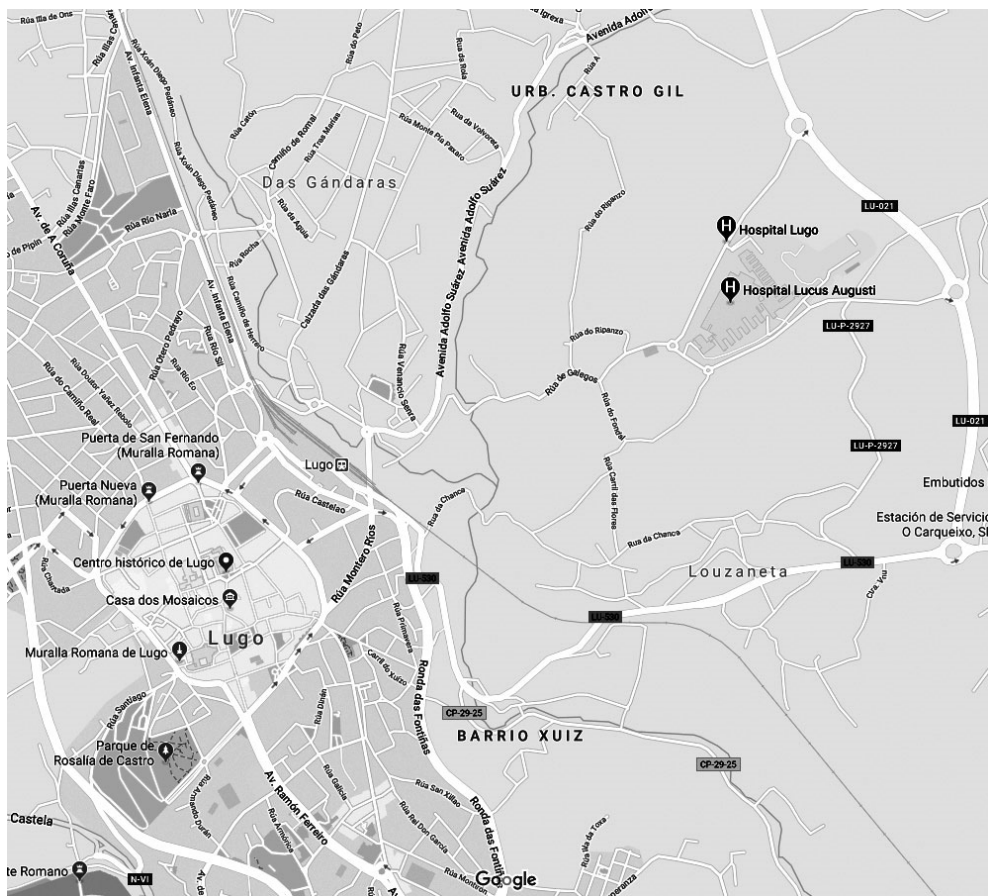
**LXIX Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia 2016**  
*9 y 10 de noviembre de 2018*

## Sede

Hospital Lucus Augusti  
Calle Doctor Ulises Romero, 1  
27003 Lugo  
Teléfono: 982 29 60 00  
SALON DE ACTOS (3ª planta)

## Organiza

Sociedad de Pediatría de Galicia  
C/ San Pedro Mezonzo, 39  
15701 Santiago de Compostela  
A Coruña



## **Secretaría Técnica**

Compostela congresos S.L.

Tfnos: 902 908 058 - 636 011 228

Web: <http://sopega2018.compostelacongresos.com>

Correo: [sopega2018@compostelacongresos.com](mailto:sopega2018@compostelacongresos.com)  
[info@compostelacongresos.com](mailto:info@compostelacongresos.com)

## **Información adicional**

---

### **Comunicaciones orales**

El tiempo máximo de presentación de Comunicaciones orales será de 8 minutos de exposición + 2 minutos de preguntas, mientras que para los Pósters será de 5 minutos.

El soporte informático (PowerPoint o PDF) de las ponencias y comunicaciones orales deberá entregarse en la secretaría 45 minutos antes del comienzo de la sesión. Las comunicaciones del sábado deben entregarse el viernes, si es posible.

### **Premios**

Como en años anteriores la SOPEGA hará entrega de los premios a las mejores comunicaciones y pósters y la ASOGANE (Asociación Gallega de Neonatología) premiará a la mejor comunicación en el área Neonatal.

Además, se hará entrega del premio AGAPAP (Asociación Galega de Pediatría de Atención Primaria) a la mejor comunicación/póster en atención primaria.

# Programa

---

**VIERNES, 9 noviembre 2018**

---

**10:00H – 13:00H TALLER: SIMULACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

(SALA SIMULACIÓN)

PONENTES:

Dr. Luis Sánchez.

*(Coordinador Urgencias 061).*

Dr. Antonio Rodríguez Núñez.

*(UCI – Complejo Universitario Santiago de Compostela)*

Dr. Manuel Fernández Sanmartín.

*(UCI-Complejo Universitario Santiago de Compostela)*

**10:00H-11:30H TALLER DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

(SALA 304)

**CASOS CLÍNICOS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.**

PONENTE:

Dra. Romina Rodríguez Lojo.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**12:30H -13:30H TALLER: OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**

(SALA 304)

**EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA PARA PEDIATRAS.**

PONENTE:

Dr. Manuel Rodríguez Enríquez

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**15:30H-17:00H SESIÓN POSTER**

(BIBLIOTECA)

**Pantalla 1:**  
(P01-P18)

MODERADORES:

Dra. Pilar Rodríguez de la Riva.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

Dra. Amparo Rodríguez Lombardía.

*(Centro de Saúde O Castrillón, A Coruña)*

**Pantalla 2:**  
(P19-P36)

MODERADORES:

Dra. Consuelo Calviño Costas.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

Dra. Consuelo Lobelle Gonzalez

*(Centro de Saúde Illas Canarias – Lugo)*



**Pantalla 3:**  
(P37-P54)      **MODERADORES:**  
Dr. Miguel Angel San José González.  
*(Centro de Saúde de Fingoi – Lugo)*  
Dra. Belén Pérez Mourellos.  
*(Centro de Saúde de San Roque – Lugo)*

**Pantalla 4:**  
(P55-P74)      **MODERADORES:**  
Dra Tatiana Amil Pena  
*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*  
Dra. Sheila Ingerto Docampo  
*(Centro de Saude Guitiriz – Lugo)*

---

**17:00H-18:30H      MESA REDONDA** (SALÓN ACTOS)

---

**PATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA DEL CUELLO**

**MODERADOR:**  
Dr. Jerónimo Pardo Vázquez.  
*(Complejo Hospitalario Universitario A Coruña)*

**PONENTES:**  
Dra. María Aurea Fernández López.  
*(Área Atención Primaria – EOXI LUGO)*  
Dr. Adolfo Bautista Casasnovas.  
*(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)*

---

**18:30H-18:45H      Café**

---

**19:00H-19:30H      INAUGURACIÓN OFICIAL** (SALÓN DE ACTOS)

---

**19:30H-20:30H      MESA REDONDA. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS**  
( SALÓN DE ACTOS)

---

**MODERADOR:**  
Dr. Manuel Silveira Cancela.  
*(Hospital da Costa – Burela)*

**TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS RELACIONADOS  
CON EL MOVIMIENTO.**

Dra. Esther Vázquez López.  
*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS RELACIONADOS  
CON EL SUEÑO.**

Dr. Emilio Fernández Álvarez.  
*(Profesor titular Universidad de Barcelona)*

---

**21:30H      CENA OFICIAL** (CÍRCULO DE LAS ARTES)

---

**SÁBADO, 10 noviembre 2018**

---

**8:30H-10:00H COMUNICACIONES ORALES** (SALÓN DE ACTOS)

---

MODERADORES:

Dr. José Couceiro Gianzo.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra)*

Dra. Isabel López Conde.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**8:30H-10:00H COMUNICACIONES ORALES** (SALA 304)

---

MODERADORES:

Dr. José Luaces González.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol)*

Dra. Alicia Cepedano Dans.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**10.00H-11:30H MESA REDONDA. ACTUALIZACIONES EN NUTRICIÓN.**  
(SALÓN DE ACTOS)

---

MODERADOR:

Dra. Rosaura Leis Trabazo.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)*

**LA DIETA COMPLEMENTARIA Y EL BABY LED WANING**

Dr. Alfonso Solar Boga.

*(Complejo Hospitalario Universitario A Coruña)*

**BEBIDAS VEGETALES**

Dra. Carmen García-Plata González.

*(Complejo Hospitalario Universitario de Lugo)*

**11:30H-12:30H CONFERENCIA** (SALÓN DE ACTOS)  
**RIESGOS DE INTERNET PARA MENORES.**

---

Sr. D. R. Dario Veiga Arias.

*(Delegado participación ciudadana . Policía Nacional en Lugo)*

**12:30H-12:45 Café**

---

**12:45H ASAMBLEA SOPEGA. ENTREGA DE PREMIOS** (SALÓN DE ACTOS)

---

**14:00 H COMIDA DE CLAUSURA**

---

# Índice de comunicaciones

## Comunicaciones orales

Sábado, 10 noviembre 2018. SALÓN DE ACTOS. (8:30H-10:00H)

- CO01 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES CON GASTROSQUISIS INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA** ..... 26  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Dorado López P<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, García Palacios M<sup>2</sup>, Méndez Gallart, R<sup>2</sup>, Estévez Martínez E<sup>2</sup>, Bautista Casanovas A<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- CO02 ENFERMEDAD CELÍACA EN EL NIÑO: AUTOINMUNIDAD Y OTRAS COMORBILIDADES ASOCIADAS** ..... 27  
 González Fernández L<sup>\*1</sup>, Mourelle N<sup>1</sup>, Picáns Leis R<sup>1</sup>, Díaz Esteban B<sup>1</sup>, Martinón Torres N<sup>2</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Leis R<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- CO03 BALANCE CLÍNICO POSITIVO TRAS LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE HUMANA** ..... 28  
 Liñares Nistal P<sup>\*1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Crespo Suárez P<sup>2</sup>, Padín Fontán M<sup>3</sup>, Táboas Ledo F<sup>1</sup>, Durán Fernández-Feijoo C<sup>1</sup>, Suárez Albo M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>3</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- CO04 RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA DIFERENCIAR ENTRE ENFERMEDAD ORGÁNICA Y FUNCIONAL** ..... 29  
 Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, García Burriel J<sup>1</sup>, Cobelas Cobelas M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>, Rollán Manso L<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>2</sup>Dpto. de análisis clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- CO05 ANASARCA, NO SIEMPRE ES CULPA DEL RIÑÓN** ..... 30  
 Abadi García T<sup>\*1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, García-Plata González C.<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

- CO06 VARIACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN NEONATOS AFECTOS DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DURANTE EL PERÍODO 2003-2015 ..... 31**  
 Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Pérttega Díaz S<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Bioestadística y Epidemiología Sanitaria. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*
- CO07 ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ESTREÑIMIENTO Y LA ENURESIS NOCTURNA? ..... 32**  
 Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Méndez Gallart R<sup>2</sup>, Rodríguez Ruíz M<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Santiago.*
- CO08 MANEJO AMBULATORIO DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL ¿ES POSIBLE?.. 33**  
 Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Yañez Mesía S<sup>2</sup>, Presno López I<sup>3</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*
- CO09 HIPOPROTEINEMIA: NUEVO MARCADOR ASOCIADO CON MORTALIDAD EN ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE ..... 34**  
 Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Pérttega Díaz S<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Bioestadística y Epidemiología Sanitaria. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

## Comunicaciones orales

Sábado, 10 noviembre 2018. SALA 304. (8:30H-10:00H)

- CO10 SÍNDROME DE BURNOUT EN LA PEDIATRÍA GALLEGA: ¿DEBEMOS CUIDARNOS PARA CUIDAR MEJOR?** ..... 35  
 Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Yañez Mesía S<sup>2</sup>, Vázquez Gómez, L<sup>3</sup>, Vázquez Santamariña D<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- CO11 E-CONSULTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.** ..... 36  
 OGANDO MARTINEZ A<sup>\*1</sup>, PRADO CARRO A<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.
- CO12 PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DIURNA (IUD) Y DISFUNCIONES VESICALES EN LOS ESCOLARES GALLEGOS, Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO** ..... 37  
 Somoza Argibay I<sup>\*1</sup>, Méndez Gallart R<sup>2</sup>, Casal Beloy I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Rodríguez Ruíz M<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- CO13 DOLOR CERVICAL COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE EPENDIMOMA** .. 38  
 Juberías Alzueta C<sup>\*1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.
- CO14 DISGENESIA GONADAL PURA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN EL PERIODO PERIPUBERAL.** ..... 39  
 Pena Gil P<sup>\*1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, López Conde I<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.
- CO15 BRONQUIOLITIS POR VRS EN PACIENTES QUE RECIBEN PROFILAXIS CON ANTICUERPO MONOCLONAL ESPECÍFICO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA. ¿ES POSIBLE EVITAR INGRESOS?** ..... 40  
 Pena Gil P<sup>\*1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

- CO16 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS NIÑOS AFECTOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.** ..... 41  
 Saez Soto R<sup>1</sup>, Trincado Aller N<sup>\*1</sup>  
*<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*
- CO17 HIPERFENILALANINEMIA: PERFIL LIPÍDICO Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR** ..... 42  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Sánchez-Pintos P<sup>1</sup>, Hermida A<sup>2</sup>, Vitoria I<sup>3</sup>, Aldámiz L<sup>4</sup>, Leis R<sup>1</sup>, Couce M<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Pediatría. Hospital Universitario La Fe, Valencia. <sup>4</sup>Pediatría. Hospital de Cruces, Bilbao.*
- CO18 EVOLUCIÓN DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 EN PACIENTES TRATADOS CON NITISINONA DE TODA ESPAÑA** ..... 43  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Sánchez-Pintos P<sup>1</sup>, De Castro MJ<sup>1</sup>, Iglesias A<sup>1</sup>, Bóveda Fontán D<sup>1</sup>, Couce ML<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*
- CO19 ARRITMIAS CARDIACAS DE PRESENTACIÓN NEONATAL: DESCRIPCIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN Y EN SU EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO.** ..... 44  
 Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Santamarina M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
*(1) Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

## Comunicaciones póster

PANTALLA 1. Viernes, 9 noviembre 2018. BIBLIOTECA (15:30 -17:00)

- P01 UTILIZACIÓN DE POLIETILENGLICOL CON ELECTROLITOS DURANTE TIEMPO PROLONGADO.** ..... 46  
 Bautista Casanovas A<sup>1</sup>, Garcia Palacios M<sup>\*1</sup>, Marco Martin C<sup>1</sup>, Argüelles Martin M<sup>2</sup>, Martin Martinez B<sup>3</sup>, Estevez Martinez<sup>1</sup>, Cortizo Vazquez J<sup>1</sup>, Amil Diaz J<sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. <sup>2</sup>Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.. <sup>3</sup>Gastroenterología Pediátrica. Hospital de Tarrasa. Barcelona. <sup>4</sup>Gastroenterología Pediátrica. Hospital Sao Joao. Oporto
- P02 LESIONES PERIANALES EN NIÑOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO.** ..... 47  
 Bautista Casanovas A<sup>1</sup>, Garcia Palacios M<sup>\*1</sup>, Marco Martin C<sup>1</sup>, Cortizo Vazquez J<sup>1</sup>, Mendez Gallart R<sup>1</sup>, Rodriguez Barca P<sup>1</sup>, Garcia Saavedra S<sup>1</sup>, Estevez Martinez E<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.
- P03 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DE ESTILO DE VIDA DE 30 ESCOLARES OBESOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 6 Y 9 AÑOS. COMPARATIVA CON 30 ESCOLARES CON PESO NORMAL.** ..... 48  
 Cabo Jiménez V<sup>\*1</sup>, Novoa Gómez G<sup>1</sup>, Reis Iglesias L<sup>1</sup>, Leis Trabazo M<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- P04 A PROPÓSITO DE UN CASO: HALLAZGO INESPERADO EN SOSPECHA DE ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.** ..... 49  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Curros Novo C<sup>1</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, García Palacios M<sup>2</sup>, Méndez Gallart, R<sup>2</sup>, Estévez Martínez E<sup>2</sup>, Bautista Casanovas A<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- P05 DIAGNÓSTICO PERINATAL DE RABDOMIOMAS Y ESCLEROSIS TUBEROSA .** 50  
 González Silvela I S<sup>\*1</sup>, Martínez Fernández M<sup>1</sup>, Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Carnicero Iglesias A<sup>1</sup>, Bruno Freire J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
- P06 COXSACKIE: MÁS ALLÁ DE LA BOCA, MANO Y PIE** ..... 51  
 González Silvela I S<sup>\*1</sup>, Rivas Arribas L<sup>1</sup>, Batalla Cebey A<sup>2</sup>, Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

- P07 LA VARICELA EN EL PUNTO DE MIRA ..... 52**  
 Fuentes Pérez N<sup>\*1</sup>, Crespo Suárez P<sup>2</sup>, Cores González F<sup>3</sup>, Martínez Veira A<sup>4</sup>, Moraña Borrageiros N<sup>3</sup>, Feal Rodríguez A<sup>3</sup>, Fernández Filgueira M<sup>2</sup>, González Silvela I<sup>2</sup>, Lomba Estévez M<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>3</sup>Oftalmología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>4</sup>Urgencias. Complejo Hospitalario de Pontevedra.*
- P08 ATRESIA ESOFÁGICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE. .... 53**  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Bautista Villanueva S<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>3</sup>, García Palacios M<sup>3</sup>, Méndez Gallart, R<sup>3</sup>, Estévez Martínez E<sup>3</sup>, Bautista Casanovas A<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Alergia e Inmunología Clínica. Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*
- P09 ANÁLISIS DEL CRECIMIENTO EXTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL ..... 54**  
 Vaqueiro Graña M<sup>\*1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Pumarada Prieto M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*
- P10 ERITEMA DISCRÓMICO PERSTANS: DERMATOSIS CENICIENTA ..... 55**  
 Cabo Jiménez V<sup>\*1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, González López M<sup>1</sup>, Carreira Sande N<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*
- P11 UNA MUY RARA ENTIDAD DEL METABOLISMO ÓSEO: HIPOFOSFATASIA NEONATAL. .... 56**  
 Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Castells L<sup>2</sup>, Casanello P<sup>2</sup>, De Castro MJ<sup>1</sup>, Couce M<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Valles.*
- P12 CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA, ALGO MÁS QUE INGESTA ..... 57**  
 Fuentes Pérez N<sup>\*1</sup>, Carnicero Iglesias A<sup>1</sup>, Cancela Silva M<sup>2</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>, González Silvela I<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>2</sup>URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.*
- P13 NUEVAS TERAPIAS EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN FÚNGICA EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. .... 58**  
 Ocampo Alvarez A<sup>\*1</sup>, Tallón García M<sup>2</sup>, Illade Quinteiro L<sup>2</sup>, Lorenzo Firvida C<sup>2</sup>, Varela Agra M<sup>3</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>4</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría (oncopediatría). Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>3</sup>Oftalmología. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>4</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.*



- P14 ¿ES FIABLE COMO DESPISTAJE DE INFECCIÓN URINARIA? COMPARACIÓN DE LA TIRA REACTIVA RÁPIDA CON SEDIMENTO URINARIO** ..... 59  
 Ocampo Alvarez A\*<sup>1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Bauluz Barcena M<sup>1</sup>, Garcia Alonso L<sup>2</sup>, Alvarez Demanuel D<sup>1</sup>, Novoa Carballal R<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital provincial Pontevedra. <sup>3</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.
- P15 DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA** ..... 60  
 Vila Díaz S\*<sup>1</sup>, Urricelqui Laparte G<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>, Escolar Martín J<sup>1</sup>, Santos Tapia M<sup>1</sup>, García Villar A<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. CHUF.
- P16 UTILIDAD DE LA BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO** ..... 61  
 Costa Posada U\*<sup>1</sup>, Táboas Ledo F<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>2</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Alvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Pediatría. Alvaro Cunqueiro.
- P17 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN NIÑOS DE 4 A 18 AÑOS DE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO MEDIO ALTO.** ..... 62  
 Díaz Esteban B\*<sup>1</sup>, Picáns Leis R<sup>1</sup>, González Fernández L<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>1</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>1</sup>, Leis Trabazo R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Unidad de Gastroenterología, Hematología y Nutrición Pediátrica. Depto Pediatría. IDIS. Universidad De Santiago de Compostela.. Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- P18 HEMANGIOPERICITOMA¿SIGUE SIENDO UN TUMOR VASCULAR BENIGNO?** . 63  
 Vaqueiro Graña M\*<sup>1</sup>, Morellon Baquera R<sup>2</sup>, Mañas Uxo J<sup>3</sup>, Fernandez Eire P<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Álvaro Cunqueiro.  
<sup>3</sup>Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro.

**PANTALLA 2. Viernes, 9 noviembre 2018. BIBLIOTECA (15:30 -17:00)**

- P19 ESTUDIO DE INACTIVACIÓN E HIPERSENSIBILIDAD A ASPARRAGINASA EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA** ..... 64  
 Vaqueiro Graña M\*<sup>1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Illade Quintero L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.
- P20 EXTROFIA VESICAL DE DIAGNÓSTICO POSTNATAL** ..... 65  
 Antuña Fernández M\*<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Pérez Pacin R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Lucus Augusti.

- P21 NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2 DE APARICIÓN EN EDAD PEDIÁTRICA: PRIMEROS SIGNOS Y SÍNTOMAS** ..... 66  
 Antuña Fernández M\*<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>2</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti. <sup>2</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P22 ENTEROPATÍA PIERDEPROTEÍNAS COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA** ..... 67  
 Antuña Fernández M\*<sup>1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, García Plata G<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Fernandez Cepero L<sup>1</sup>, Pérez Pacín, R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P23 ENFERMEDAD CELIACA EN EL NIÑO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO.** ..... 68  
 Picáns Leis R\*<sup>1</sup>, Cagide González L<sup>1</sup>, González Fernández L<sup>1</sup>, Díaz Esteban B<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>2</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Leis Trabazo R<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. <sup>3</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología*
- P24 TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN EN NIÑOS INTERVENIDOS DE ATRESIA ESOFÁGICA** ..... 69  
 Picáns Leis R\*<sup>1</sup>, Bautista Villanueva S<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>3</sup>, García Palacios M<sup>3</sup>, Méndez Gallart, R<sup>3</sup>, Estévez Martínez E<sup>3</sup>, Bautista Casasnovas A<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Alergia e Inmunología Clínica. Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*
- P25 HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA** ..... 70  
 Niño Grueiro I\*<sup>1</sup>, Rodríguez de la Riva P<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Rendo Vázquez A<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>2</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P26 SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS** 71  
 Fernández Cepero L\*<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, García-Plata González C<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P27 NEUROFIBROMATOSIS TIPO I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GENÉTICAS..** 72  
 Fernández Cepero L\*<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P28 SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A CRIOPIRINA** ..... 73  
 Niño Grueiro I\*<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, Calviño Costas C<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

- P29 ALBINISMO OCULOCUTÁNEO TIPO 7: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y GENÉTICA** ..... 74  
Liñares Nistal P\*<sup>1</sup>, Fernández Soto Z<sup>1</sup>, Costa Posada U<sup>1</sup>, Portugués de la Red M<sup>1</sup>,  
Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*
- P30 ENFERMEDAD NEONATAL POR ENTEROVIRUS** ..... 75  
Juberías Alzueta C\*<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Pena  
Gil P<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Vázquez López M<sup>1</sup>,  
Rodríguez de la Riva P<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P31 NEUROBORRELIOSIS PEDIÁTRICA** ..... 76  
Guerra Buezo B\*<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos ML<sup>1</sup>,  
Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría y áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P32 PARTICULARIDADES DE LA COJERA EN PEDIATRÍA: UNA PRESENTACIÓN INSIDIOSA PUEDE CONSTITUIR UNA VERDADERA URGENCIA.** ..... 77  
Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Almuína  
Simón C<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P33 DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE LA PRESENCIA DE GENITALES AMBIGUOS EN NEONATOLOGÍA** ..... 78  
Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, López Conde I<sup>1</sup>,  
Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*
- P34 CUANDO NO SÓLO ES DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO** ..... 79  
Cabo Jiménez V\*<sup>1</sup>, Conde Lorenzo N<sup>1</sup>, Pérez Cortizas Á<sup>1</sup>, Pérez López C<sup>2</sup>, Fernández  
Cebrián S<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Radiología. Complejo Hospitalario  
Universitario de Ourense.*
- P35 APROXIMACIÓN CLÍNICA A LA INFECCIÓN TARDÍA POR STREPTOCOCO DEL GRUPO B** ..... 80  
Montero Alonso M\*<sup>1</sup>, Bauluz Bárcena M<sup>1</sup>, Táboas Ledo M<sup>1</sup>, Álvarez Demanuel D<sup>1</sup>,  
Ortiz Pallarés M<sup>1</sup>, Meijide del Río F<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*
- P36 PERITONITIS DE ORIGEN INESPERADO** ..... 81  
Abadi García T\*<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Juberías Alzueta  
C<sup>1</sup>, Cepedano Dans A<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

## PANTALLA 3. Viernes, 9 noviembre 2018. BIBLIOTECA (15:30 -17:00)

- P37 SUBUXACIÓN ATLANTO-AXOIDEA ..... 82**  
 Ocampo Álvarez A\*<sup>1</sup>, Dacosta Tapia P<sup>1</sup>, Suárez Otero G<sup>1</sup>, Vázquez Castelo J<sup>2</sup>,  
 Sanromán Álvarez P<sup>3</sup>, Padín Vázquez V<sup>1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Neurocirugía.  
 Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>4</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.
- P38 LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA Y CÁNCER: DOS NUEVOS CASOS .. 83**  
 Puime Figueroa N\*<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Illade Quinteiro L<sup>1</sup>,  
 Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.
- P39 ENFERMEDAD DE KAWASAKI: NO ESTÁN TODOS LOS QUE SON. .... 84**  
 Escolar Martín J\*<sup>1</sup>, Vila Díaz S<sup>1</sup>, Urricelqui Laparte G<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>,  
 Romarís Barca R<sup>1</sup>, Carballeira González I<sup>1</sup>, Torrado Chouciño A<sup>1</sup>, Fernández Viso S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- P40 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PEDIATRÍA  
 EN EL CENTRO DE SALUD DEL VENTORRILLO ..... 85**  
 Guitián Mediero L\*<sup>1</sup>, Yáñez Mesía S<sup>2</sup>, García Iglesias C<sup>1</sup>, González Cerrato S<sup>1</sup>,  
 Rodríguez Castelo P<sup>1</sup>, Salgado Castro J<sup>1</sup>, López Bolaño C<sup>1</sup>, Carballo González G<sup>1</sup>,  
 Varela Iglesias A<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. C.S. Ventorrillo. <sup>2</sup>Pediatría. CHUAC.
- P41 ENCEFALITIS AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 86**  
 Urricelqui Laparte G\*<sup>1</sup>, Vila Díaz S<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>, Escolar Martín J<sup>1</sup>,  
 Carballeira Gonzalez I<sup>1</sup>, Romarís Barca R<sup>1</sup>, Torrado Chouciño A<sup>1</sup>, Fernández Viso S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- P42 TUMORES CARDÍACOS EN PEDIATRÍA, HALLAZGO RARO Y VALOR  
 DIAGNÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA ..... 87**  
 Prada Tellado M\*<sup>1</sup>, Lopez Fernández A<sup>1</sup>, Fontenla García J<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>,  
 Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Rodriguez Toro I<sup>1</sup>, Míguez M<sup>1</sup>, Cabo Jimenez V<sup>1</sup>, Romero Perez N<sup>1</sup>,  
 Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Ourense.
- P43 NIÑOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL TRATADOS CON HORMONA  
 DEL CRECIMIENTO: ASPECTOS EVOLUTIVOS ..... 88**  
 Liñares Nistal P\*<sup>1</sup>, Padín Vázquez V<sup>1</sup>, Gómez Costa DA<sup>1</sup>, Chamorro Martín JL<sup>1</sup>, Rey  
 Cordo L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.
- P44 EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO EN RECIÉN NACIDOS DE RIESGO DEL  
 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE ..... 89**  
 Prada Tellado M\*<sup>1</sup>, Rodriguez Toro I<sup>1</sup>, Conde Lorenzo N<sup>1</sup>, Leis Trabazo R<sup>2</sup>, Couce  
 Pico M<sup>2</sup>, López Fernández A<sup>3</sup>, Crujeiras Paz M<sup>3</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>3</sup>, Míguez  
 Campos M<sup>3</sup>, Cabo Jimenez V<sup>3</sup>, Romero Perez N<sup>3</sup>, Fernández Cebrián S<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario  
 Universitario Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

- P45 APLICACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL EPIGÁSTRICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE DESDE EL AÑO 2000 HASTA 2017** ..... 90  
Prada Tellado M\*<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Lopez Fernandez A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Cabo Jimenez V<sup>1</sup>, Romero Pérez N<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.*
- P46 RESULTADOS DE UN PROGRAMA UNIVERSAL DE CRIBADO UNIVERSAL DE HIPOACUSIA AL RECIÉN NACIDO** ..... 91  
Puime Figueroa N\*<sup>1</sup>, Ruza Dorna B<sup>2</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Pallas Pallas E<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Universidad Santiago de Compostela. Estudiante. <sup>3</sup>Otorrinolaringología. Hospital Álvaro Cunqueiro.*
- P47 SÍNDROME DE HAMMAN** ..... 92  
Ogando Martínez A\*<sup>1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Torres Fernández L<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez JJ<sup>1</sup>, Barriga Buján R<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA. <sup>2</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.*
- P48 BEBÉ COLODION: PRESENTACIÓN DE UN CASO.** ..... 93  
Trincado Aller N\*<sup>1</sup>, Ávila Álvarez A<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC. <sup>2</sup>Unidad de Neonatología - Servicio de Pediatría. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC.*
- P49 ENFERMEDAD DE LYME. PARÁLISIS FACIAL BILATERAL** ..... 94  
Prada Tellado M\*<sup>1</sup>, Iglesias Meleiro J<sup>1</sup>, Lopez Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>2</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>2</sup>, Cabo Jimenez V<sup>2</sup>, Romero Pérez N<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. <sup>2</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.*
- P50 ARTRITIS SÉPTICA TÉMPOROMANDIBULAR COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA.** ..... 95  
Trincado Aller N\*<sup>1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>2</sup>, Pardo Vázquez JJ<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría y áreas específicas. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC. <sup>2</sup>Unidad de escolares - Servicio de Pediatría CHUAC. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC. <sup>3</sup>Unidad de escolares - Jefe de Servicio Pediatría CHUAC. Hospi*
- P51 NEUROPATÍA SENSITIVA (INSENSIBILIDAD AL DOLOR)** ..... 96  
Ogando Martínez A\*<sup>1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez JJ<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.*
- P52 ENFERMEDAD DE LYME : A PROPÓSITO DE UN CASO** ..... 97  
Sánchez domínguez, A\*<sup>1</sup>, Vila Díaz , S<sup>1</sup>, Urricelqui Laparte, G<sup>1</sup>, Escolar Martín, J<sup>1</sup>, Vázquez Gómez, L<sup>2</sup>, Torrado Chouciño, A<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. CHUF. <sup>2</sup>Urgencias Pediatría. CHUF.*

- P53 DISCINESIA PAROXÍSTICA CINESIGÉNICA, PENSAR EN ELLA PARA DETECTARLA** ..... 98  
 Puime Figueroa N\*<sup>1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, Melcón Crespo C<sup>1</sup>, Blanco Barca M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.
- P54 TROMBOSIS VENOSA RENAL EN EL RECIÉN NACIDO** ..... 99  
 Gonzalez Mendez C\*<sup>1</sup>, Perez H<sup>2</sup>, Codias A<sup>3</sup>, Avila A<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil, CHUAC. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC.  
<sup>3</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC. <sup>4</sup>Neonatología. Hospital Materno Infantil CHUAC.
- PANTALLA 4. Viernes, 9 noviembre 2018. BIBLIOTECA (15:30 -17:00)**
- P55 ANEURISMA DISECANTE DE LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR** ..... 100  
 Gonzalez Mendez C\*<sup>1</sup>, González Torres L<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>, Pardo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC.
- P56 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.** ..... 101  
 Fernández González S\*<sup>1</sup>, Ogando Martínez A<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>1</sup>, Pardo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil.
- P57 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA POR GRIPE EN UN ÁREA SANITARIA 2014-2018.** 102  
 Del Campo Pérez V<sup>1</sup>, Pena Martinez M\*<sup>1</sup>, Del Campo García A<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. EOXI VIGO. <sup>2</sup>SERVICIO DE PEDIATRÍA. EOXI VIGO.
- P58 ESTUDIO LAYDI EN GALICIA. PRIMER AÑO: RESULTADOS PROVISIONALES** ..... 103  
 Anllo Lago J\*<sup>1</sup>, Calvo Lorenzo M<sup>1</sup>, Díaz Pedrouzo A<sup>2</sup>, Martín Cuesta B<sup>3</sup>, Novoa García E<sup>4</sup>, Sánchez García-Monge C<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>EOXI Lugo. C.S. Praza Ferrol, Lugo. <sup>2</sup>EOXI A Coruña-Cee. C.S Cabana-Laxe. <sup>3</sup>EOXI A Coruña-Cee. C.S. Fisterra. <sup>4</sup>EOXI Coruña. C.S. Os Rosales. <sup>5</sup>EOXI Pontevedra. C.S. Marín.
- P59 LENGUA NEGRA VELLOSA, RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO** ..... 104  
 Rey Noriega C<sup>1</sup>, Lendoiro Fuentes M\*<sup>1</sup>, Méndez Bustelo M<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría.. CHUS. <sup>2</sup>Pediatría. EOXI de Santiago de Compostela.. Centro de Salud de Oroso.
- P60 UVULITIS AGUDA, CUANDO NO TODO ES ANAFILAXIA.** ..... 105  
 Lendoiro Fuentes M\*<sup>1</sup>, Rey Noriega C<sup>2</sup>, Méndez Bustelo M<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. CHUS. <sup>2</sup>Servicio de pediatría.. CHUS. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. EOXI Santiago de Compostela.. Centro de Salud Oroso.
- P61 CAMBIOS EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS.** ..... 106  
 Presno López I\*<sup>1</sup>, Romero Rey H<sup>2</sup>, Casal Beloy I<sup>3</sup>, López García G<sup>1</sup>, Pérez Tato H<sup>1</sup>, Yañez Mesía S<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.  
<sup>4</sup>Urgencias Pediátricas.. Complejo Hospitalario Universitario

- P62 PERFIL Y ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE INTOXICACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. .... 107**  
 Fernández Filgueira M\*<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Ojea Jorge V<sup>1</sup>, Martínez Veira A<sup>2</sup>,  
 Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, González Silvela I<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>2</sup>URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.
- P63 ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA DE INICIO PRECOZ, ¿ HAS PENSADO EN LA ENFERMEDAD DE MENKES? ..... 108**  
 Presno López I\*<sup>1</sup>, Trincado Aller N<sup>1</sup>, Vazquez Cancela M<sup>2</sup>, Suárez García F<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Neurología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Lactantes. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- P64 CONVULSIONES FEBRILES: NO TODAS SON IGUAL DE COMPLEJAS ..... 109**  
 Ocampo Alvarez A\*<sup>1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Fernandez Soto Z<sup>1</sup>, Bauluz Bárcena M<sup>1</sup>, Melcon Crespo C<sup>2</sup>, Blanco Barca O<sup>2</sup>, Amado Puentes A<sup>2</sup>, Fernandez Lorenzo J<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría (neuropediatría). Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>3</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.
- P65 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA ¿CUÁNDO SOSPECHARLA? ..... 110**  
 Guerra Buezo B\*<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.
- P66 MANEJO DE LA DERMATITIS POSTQUIRÚRGICA SEVERA CON ÁCIDO HIALURÓNICO, SULFATO DE CONDROITINA Y POLOXÁMERO 407 ..... 111**  
 Casal Beloy I\*<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Vincent S<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- P67 EVALUACIÓN DE EFICACIA Y CALIDAD DE VIDA TRAS EL USO DE GAMMAGLOBULINA SUBCUTÁNEA FACILITADA PARA EL TRATAMIENTO DE INMUNODEFICIENCIAS EN PEDIATRÍA. .... 112**  
 Montero Alonso M\*<sup>1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Illade Quinteiro L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- P68 MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO EN EL PERIODO NEONATAL Y LACTANTES. .... 113**  
 Vincent S\*<sup>1</sup>, Garcia Gonzalez M<sup>1</sup>, Casal I<sup>1</sup>, Miguez Fortes L<sup>1</sup>, Blanco Portals C<sup>1</sup>, Rodríguez Ruiz M<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Somoza Abigay I<sup>1</sup>, Tellado Gomez M<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CIRUGIA PEDIATRICA. CHUAC.

- P69 DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO: ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON SUS COMPLICACIONES?** ..... 114  
 Vincent S<sup>1</sup>, Casal Beloy I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Miguez Fortes L<sup>1</sup>, Blanco Portals C<sup>1</sup>, Rodríguez Ruiz M<sup>1</sup>, Somoza Abigay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CIRUGIA PEDIATRICA. CHUAC.
- P70 INFECCIÓN POR COXIELLA BURNETII: FIEBRE Q CRÓNICA** ..... 115  
 Romero Pérez N<sup>1</sup>, Rodríguez González L<sup>1</sup>, Pérez Cortizas A<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>2</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura CA<sup>1</sup>, Rodríguez Toro IM<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Ourense. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- P71 ¿VÓMITOS? NO TODO ES LO QUE PARECE.** ..... 116  
 Romero Pérez N<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura CA<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, González López MT<sup>1</sup>, Carreira Sande N<sup>1</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, Fernández Cebrián SA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- P72 PUESTA EN MARCHA DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL MANEJO DE LAS LITIASIS URETERALES DISTALES EN LACTANTES** ..... 117  
 Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Casal Beloy I<sup>2</sup>, García González M<sup>2</sup>, Vincent S<sup>2</sup>, Dargallo Carbonel T<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario a Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- P73 FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES TARDÍAS DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA.** ..... 118  
 Romero Pérez N<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Nóvoa Gómez G<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- P74 CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: VARIANTES CLÍNICAS CON UNA CAUSA COMÚN.** ..... 119  
 Romero Pérez N<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Sardina Ríos A<sup>1</sup>, Padín Fontán M<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.



## Comunicaciones Orales

---

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES CON GASTROSQUISIS INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Dorado López P<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, García Palacios M<sup>2</sup>, Méndez Gallart, R<sup>2</sup>, Estévez Martínez E<sup>2</sup>, Bautista Casanovas A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### OBJETIVOS

1. Describir el espectro epidemiológico y las características demográficas de los neonatos intervenidos de gastrosquisis en el periodo 1991-2017. 2. Comparar la experiencia del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela con la tendencia actual.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 7 pacientes intervenidos de gastrosquisis en el período 1991-2017. Se recogieron todos los datos epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y evolutivos de sus historias clínicas. Para el análisis de datos se ha realizado una base de datos en Excel, llevándose a cabo el análisis estadístico descriptivo a través del programa SPSS. Estudio aprobado por el CEIC Santiago Lugo.

### RESULTADOS

7 casos (4 varones/3 mujeres), con una relación varón-mujer de 1,33:1. El 71% de los casos nacieron a partir del 2010. La edad gestacional media fue de 38,12 ± 1,24 semanas. La edad media materna al embarazo fue de 23,57 ± 2,57 años. El peso medio de los pacientes fue de 2892 ± 528 gramos. El diámetro medio del defecto abdominal fue de 3,07 ± 0,87 cm. En todos se ha realizado cierre primario precoz. Se han empleado prótesis en el 43% de los casos. La media de horas de vida hasta el cierre fue de 3,82 ± 0,57 h. El 71% de los casos ha presentado algún tipo de complicación, siendo la infección la más frecuente. La media de días de NTP fue de 21,29 ± 9,11 días. La estancia hospitalaria media fue de 39,43 ± 13,02 días.

### CONCLUSIONES

La mayoría de los casos (71%) han sido tratados en los últimos 6 años, hijos de madres jóvenes, cuya edad está por debajo de la media española. Se observa que todas ellas fueron gastrosquisis no complejas con defecto paraumbilical derecho, tratadas mediante cierre primario temprano. Hay relación directa entre la presencia de complicaciones postoperatorias, destacando la infección, y el incremento de los días de nutrición parenteral, el retraso en el inicio de la nutrición enteral y oral, el aumento de días de ventilación mecánica y el tiempo de estancia hospitalaria.

## ENFERMEDAD CELÍACA EN EL NIÑO: AUTOINMUNIDAD Y OTRAS COMORBILIDADES ASOCIADAS

González Fernández L\*<sup>1</sup>, Mourelle N<sup>1</sup>, Picáns Leis R<sup>1</sup>, Díaz Esteban B<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>2</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Leis R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

---

### OBJETIVOS

Evaluar la posible relación entre la enfermedad celíaca (EC) y la presencia de otras enfermedades autoinmunes, así como la posible influencia de los anticuerpos específicos de la enfermedad en este proceso.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional descriptivo y retrospectivo sobre una muestra de 224 pacientes pediátricos diagnosticados de EC entre enero de 2011 y diciembre de 2017 en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Mediante el acceso a las historias clínicas se recogen datos serológicos y de desarrollo de otras enfermedades autoinmunes.

### RESULTADOS

La prevalencia de enfermedades autoinmunes fue del 6,3%. El 14% (2 pacientes) había sido diagnosticado de esa otra patología autoinmune con anterioridad al diagnóstico de EC, el 43% (6 pacientes) había sido diagnosticado de ambas patologías al mismo tiempo (diferencias menores a 6 meses) y otro 43% (6 pacientes) había sido diagnosticado de su alteración autoinmune con posterioridad. La persistencia de anticuerpos de EC positivos a los dos años del diagnóstico fue significativamente superior ( $p=0,007$ ) en aquellos pacientes que presentaban otra patología autoinmune asociada (25,5%) frente a los pacientes que solo presentaban EC (9,6%). Del total de pacientes con patología autoinmune asociada ( $n=14$ ) la distribución fue la siguiente: alteración tiroidea (57%, 8 pacientes), diabetes mellitus tipo 1 (14%, 2 pacientes), Síndrome de Evans (1 paciente), hepatitis autoinmune (1 paciente), enfermedad de Kawasaki (1 paciente) y dermatitis herpetiforme (1 paciente). Un 3,6% de la muestra presentaba un déficit selectivo de IgA.

### CONCLUSIONES

Se objetivó la mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con enfermedad celíaca, siendo la más frecuentemente encontrada, la alteración tiroidea. Se ha visto que la mayor parte de los pacientes fueron diagnosticados de su patología autoinmune al mismo tiempo o con posterioridad al diagnóstico de enfermedad celíaca. La persistencia de marcadores serológicos positivos a los dos años del diagnóstico de EC era significativamente más frecuente en pacientes que asociaban enfermedad autoinmune.

## BALANCE CLÍNICO POSITIVO TRAS LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE HUMANA

Liñares Nistal P\*<sup>1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Crespo Suárez P<sup>2</sup>, Padín Fontán M<sup>3</sup>, Táboas Ledo F<sup>1</sup>, Durán Fernández-Feijoo C<sup>1</sup>, Suárez Albo M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

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

<sup>3</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### OBJETIVOS

Numerosos estudios demuestran los beneficios de la leche materna (LM) frente a fórmula artificial (FA) en la alimentación del pretérmino. En ausencia de LM de las propias madres, la alternativa nutricional recomendada por la OMS es la leche materna donada (LD). Nuestro banco de leche humana se inauguró en 2016 y ha alimentado de forma total o parcial a más de 250 niños receptores, entre otros, todos los menores de 32 semanas nacidos en nuestro centro y en dos centros receptores satélites. El objetivo de este estudio es analizar el impacto clínico de la introducción de la leche humana donada en estas unidades.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico cuasi-experimental. Se definen dos grupos de estudio. Grupo 1: prematuros menores o igual a 32 semanas de edad gestacional y/o peso menor o igual a 1500 g alimentados con Leche Humana de forma exclusiva. Grupo 2 (controles históricos previos a la apertura del banco): misma EG y peso, alimentados con FA o lactancia mixta con

### RESULTADOS

En el grupo 1 la nutrición enteral se inició 6 horas antes y el volumen de tomas se incrementó más rápidamente en días sucesivos, alcanzando las 100 kcal/kg/día 24 horas antes. En este grupo, la alimentación enteral fue suspendida en la primera semana solo 5 horas de media (frente a 26 en el grupo control) y la tolerancia enteral plena se alcanzó 48 horas antes. También, la nutrición parenteral se retiró de media 2 días antes y las vías centrales 48 horas antes. No se ha registrado ningún caso de enterocolitis necrotizante quirúrgica en ningún centro en el grupo de leche humana, en el cual se obtuvo una mayor media de peso, longitud (1 cm medio de diferencia) y PC (0,5 cm) al alta. La tasa de lactancia materna al alta se incrementó en nuestra unidad de un 57% a un 75%.

### CONCLUSIONES

Los prematuros se benefician sustancialmente de los beneficios de la leche humana, idealmente fresca o en su defecto donada pasteurizada. La alimentación con leche materna exclusiva en

## RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA DIFERENCIAR ENTRE ENFERMEDAD ORGÁNICA Y FUNCIONAL

Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, García Burriel J<sup>1</sup>, Cobelas Cobelas M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>, Rollán Manso L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>2</sup>Dpto. de análisis clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

### OBJETIVOS

La calprotectina fecal (CPF) es una proteína contenida principalmente en el citoplasma de los neutrófilos cuyos niveles se correlacionan con la actividad inflamatoria en el tracto gastrointestinal. El objetivo de nuestro estudio es revisar las determinaciones de calprotectina solicitadas en nuestro centro y analizar su rendimiento en el diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico retrospectivo de una muestra aleatoria de pacientes menores de 15 años a los que se les solicitó determinación de CPF entre el 1/10/2017 y 30/09/2018. Se excluyeron los pacientes < 1 año debido a la falta de valores de referencia en este grupo.

### RESULTADOS

Se analizó una muestra aleatoria de 100 pacientes (50% varones y 50% mujeres). La edad media fue 7,4 años. Los síntomas guía más frecuentemente reportados al diagnóstico fueron dolor abdominal (84%) diarrea (41%) y estancamiento ponderal (21%). La duración media de la sintomatología fue 4,98 meses. El 77% de los valores de CPF fueron solicitados desde CCEE de Gastroenterología Pediátrica, el 16% desde Atención Primaria y el 7% desde hospitalización. Al 28% se les sometió a una endoscopia alta y al 26% una colonoscopia. El 18% obtuvieron un diagnóstico de EII y el 63% un diagnóstico de tipo funcional, en un 19% de los casos todavía no existía diagnóstico definitivo. El 77,77% de los pacientes con EII presentaron niveles de CPF al diagnóstico >250 µg/g, el 16,69% niveles entre 45-250 µg/g y el 5,54% 250 µg/g. La sensibilidad de la CPF para detectar EII estableciendo un punto de corte en 250 µg/g fue del 77,77%, la especificidad del 96,83%, el VPP del 87,5% y el VPN del 93,85%. En pacientes diagnosticados de EII los valores CPF fueron más altos si referían síntomas de dolor abdominal (90.9% valores >250µg/g) o diarrea (80%) que si referían enfermedad perianal (50%). En pacientes con EII, el valor medio de calprotectina en brote fue de 627,67 µg/g y en remisión de 276 µg/g.

### CONCLUSIONES

La CPF muestra un alto valor en el diagnóstico diferencial entre EII y los trastornos de tipo funcional, permitiendo seleccionar aquellos pacientes que se beneficiarían de la realización de pruebas complementarias invasivas. Por otra parte, en pacientes con diagnóstico de EII puede ayudar a identificar la probabilidad de brote o la respuesta terapéutica.

## ANASARCA, NO SIEMPRE ES CULPA DEL RIÑÓN

Abadi García T<sup>\*1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, García-Plata González C.<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La presencia de edemas generalizados o anasarca es una entidad poco frecuente en pediatría. La causa más frecuente es la disminución de la presión oncótica en relación con hipoproteinemia. Esta puede deberse a una disminución de la síntesis (hepatopatías), aumento del consumo (ciertos tumores) o más comúnmente a un aumento de las pérdidas (por vía urinaria o vía digestiva).

### CASO CLÍNICO

Niño de 5 años derivado a Urgencias por distensión abdominal. Antecedentes personales y familiares sin interés. Distensión abdominal de 1-2 semanas de evolución. 3-4 días antes presenta febrícula, vómitos y diarrea. Exploración física: palidez cutánea, con edemas en pies y tobillos con fóvea, y edema periorcular y de escroto sin fóvea. Quejido espiratorio en decúbito, con auscultación normal. Abdomen distendido, no doloroso, con matidez en ambos flancos, sin megalias. Analítica: Hb 16,4 gr/dL, 13.700 leucocitos con 56% linfocitos, Proteínas 3,2 g/dL y Albúmina 1,9 g/dL. Coagulación normal. Proteinuria y Albuminuria negativos. Rx tórax: Derrame pleural derecho. Rx abdomen: Edema subcutáneo. Ecografía abdominal: Líquido ascítico en pelvis. Frotis sanguíneo sin blastos. Ingresa con sospecha de enteropatía pierde-proteínas, habiéndose descartado las pérdidas urinarias y los defectos de síntesis. Se administra albúmina intravenosa y se realiza toracocentesis y paracentesis con características de trasudado. Se realiza TAC abdominal: Asas de intestino delgado dilatadas de forma difusa, con engrosamiento homogéneo de su pared, compatibles con malabsorción intestinal. IgA Anti-transglutaminasa e IgG anti-gliadina negativos. HLA DQ2 positivo. Serología para Citomegalovirus IgM e IgG positivos. PCR CMV positiva (9550 copias/mL) Toxina C. difficile negativa. Alfa-1-antitripsina en heces negativa. Biopsia duodenal: Duodenitis crónica con atrofia focal de vellosidades. No hiperplasia de criptas. Aumento de lámina propia con infiltrado linfoplasmocitario. Aumento de linfocitos intraepiteliales (>25 linfocitos/100 enterocitos). Se inicia nutrición parenteral. Tras realización de endoscopia alta y baja (impresionan normales) se inicia nutrición enteral con dieta normal con evolución clínica favorable posterior, por lo que se decide alta a domicilio a los 15 días con sospecha diagnóstica de enteropatía pierde-proteínas secundaria a infección por citomegalovirus. Actualmente se encuentra asintomático, comiendo dieta normal con gluten, pendiente de realizar nueva biopsia intestinal.

### CONCLUSIONES

Si bien la causa más frecuente de hipoproteinemia es el síndrome nefrótico, en aquellos casos sin proteinuria deberemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial. La segunda causa más frecuente es la pérdida por vía digestiva, siendo la enfermedad celíaca la causa más común (esprúe celíaco), sin olvidarnos de otras menos probables, y en ocasiones transitorias.

## **VARIACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN NEONATOS AFECTOS DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DURANTE EL PERÍODO 2003-2015**

Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Pértega Díaz S<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.* <sup>2</sup>*Bioestadística y Epidemiología Sanitaria. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

---

### **OBJETIVOS**

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una de las emergencias gastrointestinales más comunes en el período neonatal. El perfil epidemiológico del paciente potencialmente afectado por ECN está cambiando constantemente. El objetivo de nuestro estudio fue examinar la variación en las características epidemiológicas, las estrategias terapéuticas y los resultados obtenidos, entre los recién nacidos diagnosticados de ECN, durante los períodos 2003-2009 y 2010-2015.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, de todos aquellos pacientes neonatales con diagnóstico de ECN, desde el 2003 hasta el 2015. Recogimos diferentes variables clínico-epidemiológicas de todos los pacientes, así como la información prenatal, el manejo terapéutico, y los hallazgos evidenciados en las diversas pruebas diagnósticas realizadas (radiografía abdominal y datos analíticos, entre otros). Clasificamos a los pacientes en dos períodos, (2003-2009 y 2010-2015). Realizamos un análisis comparativo para las diferentes variables recogidas, entre ambos períodos temporales. La asociación entre variables cuantitativas fue analizada utilizando la prueba T de Student o la prueba U de Mann-Whitney, tras verificar la normalidad utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov. Las asociaciones entre variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de X<sup>2</sup> cuadrado de Pearson. El análisis fue realizado con el paquete estadístico SPSS 23.

### **RESULTADOS**

Un total de 124 pacientes fueron incluidos en el estudio, siendo el 38% del sexo femenino. La edad gestacional media fue de 33 semanas. Encontramos diferencias estadísticamente significativas (p

### **CONCLUSIONES**

Este estudio muestra una variación significativa en los últimos años, sobre las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes neonatales con ECN, así como sobre las estrategias médicas y quirúrgicas desarrolladas en estos pacientes. La mejora en el diagnóstico de ENC, el manejo óptimo de los pacientes en estadios iniciales de la enfermedad, así como un reconocimiento de necesidad de intervención quirúrgica más precoz, ha generado una disminución importante de la mortalidad en estos pacientes, durante la última década.

## ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ESTREÑIMIENTO Y LA ENURESIS NOCTURNA?

Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Méndez Gallart R<sup>2</sup>, Rodríguez Ruíz M<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Santiago.

---

### OBJETIVOS

La enuresis se define como la incontinencia de orina exclusivamente durante el sueño a partir de los 5 años de edad. Cuando la enuresis no se acompaña de sintomatología urinaria diurna se denomina enuresis monosintomática (EMN); pero si la presenta se denomina enuresis no-monosintomática (ENMN) y difieren tanto en la clínica como en la patogenia y el tratamiento. Clásicamente se ha relacionado a la enuresis con la presencia de estreñimiento. Nuestro objetivo es conocer la relación entre el estreñimiento y la enuresis en nuestra población pediátrica.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional transversal de prevalencia mediante un cuestionario, sobre una muestra representativa de la población pediátrica gallega de entre 3 y 9 años para conocer los hábitos y sintomatología miccional e intestinal. Descartamos los menores de 5 años por no poder considerarlos enuréticos, siendo n=772 la población de estudio. Para definir estreñimiento se utilizaron los criterios ROMA III modificados; la enuresis se consideró sintomática cuando el escolar presentaba al menos dos síntomas urinarios diurnos.

### RESULTADOS

La prevalencia de enuresis fue de 9,1%, de estos el 63% presentaban EMN y el 37% ENMN. La prevalencia de estreñimiento fue 20%. No se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la presencia de estreñimiento en el global de escolares enuréticos, ni en el grupo de EMN. Sin embargo, la prevalencia de estreñimiento en los pacientes con ENMN sí fue significativamente superior al resto de población pediátrica (OR=1.9).

### CONCLUSIONES

La ENMN ha mostrado una clara relación con el estreñimiento, a diferencia de la EMN; la relación que clásicamente se ha establecido entre enuresis y estreñimiento no es real, y se debe a la alta prevalencia de Disfunción Vesical (DV) entre los pacientes con ENMN. El estreñimiento no es por lo tanto un factor de riesgo de EMN, pero sí de DV y como consecuencia también de ENMN. Cuando se estudian factores de riesgo de enuresis se debe tener en cuenta únicamente a los pacientes monosintomáticos, actualmente se debe considerar que la ENMN se trata en realidad de un síntoma de una DV, y se debe diferenciar de una entidad propia como la EMN.



## MANEJO AMBULATORIO DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL, ¿ES POSIBLE?

Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Yañez Mesía S<sup>2</sup>, Presno López I<sup>3</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

### OBJETIVOS

La invaginación es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en los lactantes y, en los casos no complicados, el enema hidrostático mediante control ecográfico, su tratamiento de elección. En la mayoría de los hospitales de nuestro entorno, el manejo tras la resolución radiológica se basa en el ingreso y la observación clínica durante las siguientes 24-72 horas, valorando así la posibilidad de una recidiva precoz. Sin embargo, la baja tasa de recurrencias junto con la escasez de complicaciones de esta patología, justificarían su seguimiento ambulatorio. A pesar de ello, la posibilidad de ofrecer una observación inicial en los servicios de urgencias y el posterior manejo ambulatorio frente a un ingreso prolongado, continúa siendo un tema controvertido en la actualidad. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la tasa de recurrencia de invaginación tras resolución con hidroenema, y valorar la posibilidad de un manejo ambulatorio exento de complicaciones en estos pacientes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de aquellos pacientes con diagnóstico de invaginación ileocólica, tratados mediante reducción con hidroenema o con resolución espontánea, desde Enero 2010 hasta Enero 2016. Recogimos diferentes variables demográficas (edad, sexo, vacunación frente a rotavirus), y clínicas (síntomas, horas de evolución, recidivas), entre otras. Agrupamos a los pacientes según el tiempo de evolución desde el inicio de la clínica en: 48 horas. Consideramos recidiva a aquellas invaginaciones ocurridas en las primeras 48 horas tras la reducción inicial. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 22.

### RESULTADOS

Un total de 114 pacientes fueron incluidos en el estudio, (67.5% varones, 32.5% mujeres), con una edad media de 18 meses (Rango: 3-75). El tiempo medio de evolución hasta su llegada a urgencias fue de 22 horas (Rango: 1-120). En 80 pacientes se realizó un manejo conservador inicial: 27 pacientes (23.7%) resolución espontánea y 53 pacientes (46.5%) hidroenema. Se diagnosticaron 19 casos de recurrencia, 3 de ellos en las primeras 24 horas. En éstos, la recidiva se solucionó con hidroenema en 2 casos, e intervención quirúrgica en 1. No existieron otras complicaciones. La estancia media de los pacientes con tratamiento conservador fue de 2.3 días (Rango: 1-4).

### CONCLUSIONES

El seguimiento ambulatorio tras reducción con hidroenema parece una alternativa segura y eficaz en el manejo de los pacientes con una invaginación intestinal no complicada. Sin embargo, más estudios son necesarios para confirmar estos resultados.

## HIPOPROTEINEMIA: NUEVO MARCADOR ASOCIADO CON MORTALIDAD EN ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Pértega Díaz S<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Bioestadística y Epidemiología Sanitaria. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

---

### OBJETIVOS

La enterocolitis necrotizante es la urgencia a nivel gastrointestinal más frecuente en el recién nacido prematuro, y está asociada con un alto índice de mortalidad. Actualmente, en la enterocolitis necrotizante, uno de los grandes desafíos para el cirujano y para el neonatólogo, es predecir que pacientes progresarán hacia etapas más avanzadas y graves de la enfermedad, así como determinar qué pacientes presentarán un alto riesgo de mortalidad en relación con dicha patología. A pesar de los grandes avances científicos en este campo, y al gran número de estudios realizados sobre esta patología, los factores de riesgo de mortalidad asociados con la enterocolitis necrotizante, todavía son difíciles de establecer. El objetivo del presente trabajo fue identificar aquellos factores de riesgo asociados con un aumento de la mortalidad en los pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Un total de 124 pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante fueron incluidos en el estudio, entre los años 2003 y 2015. Los registros médicos de todos los pacientes fueron revisados de forma retrospectiva, obteniendo así diversos datos demográficos, la información prenatal, los hallazgos clínicos y radiológicos, los datos analíticos, el tratamiento terapéutico recibido, y la supervivencia o mortalidad de los mismos. Realizamos un análisis descriptivo del total de variables registradas. La asociación entre mortalidad en enterocolitis necrotizante y los diversos factores de riesgo estudiados se realizó mediante un análisis bivariado y multivariado, con el programa estadístico SPSS 23.

### RESULTADOS

Un total de 124 pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante fueron incluidos en el estudio, de los cuales 62% fueron varones. Un total de 110 sobrevivieron y 14 fallecieron. Hasta un 37.9% de los pacientes precisaron tratamiento quirúrgico durante la evolución de su enfermedad. Tras la realización del análisis multivariado, los factores de riesgo relacionados con mortalidad fueron: niveles bajos en el APGAR en el primer minuto, apneas en el período neonatal, coagulopatía, y un bajo nivel de proteínas séricas; en comparación con aquellos pacientes que sobrevivieron.

### CONCLUSIONES

En el paciente prematuro, el diagnóstico de enterocolitis necrotizante se relaciona con un alto nivel de morbimortalidad, sin embargo, la identificación de factores de riesgo relacionados con el fallecimiento de los pacientes continua siendo un aspecto controvertido en la actualidad. Este estudio es el primer trabajo que identifica la hipoproteinemias como factor pronóstico desfavorable y asociado a mortalidad, en pacientes diagnosticados de enterocolitis necrotizante.

## **SÍNDROME DE BURNOUT EN LA PEDIATRÍA GALLEGA: ¿DEBEMOS CUIDARNOS PARA CUIDAR MEJOR?**

Casal Beloy I<sup>\*1</sup>, Yañez Mesía S<sup>2</sup>, Vázquez Gómez, L<sup>3</sup>, Vázquez Santamariña D<sup>2</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

### **OBJETIVOS**

La despersonalización, el cansancio emocional y la baja realización son las tres esferas que caracterizan el diagnóstico del Síndrome de Burnout (SB). En las últimas décadas el SB ha presentado un aumento progresivo de su incidencia, sin embargo, su presencia en personal sanitario relacionado con la pediatría ha sido poco estudiado. El objetivo de este trabajo fue describir la presencia de SB en el personal sanitario que atiende a pacientes pediátricos en el área sanitaria gallega.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, transversal. Realizamos una encuesta, anónima y voluntaria, al personal sanitario de los servicios pediátricos del área sanitaria gallega. Esta encuesta (Maslach Burnout Inventory), clasifica la posibilidad de padecer SB en tres niveles de riesgo, (bajo, moderado y alto). Recogimos variables demográficas de los participantes (edad, sexo, estado civil, profesión, entre otras), así como variables derivadas de la encuesta. El estudio estadístico de los datos recogidos fue realizado con el paquete estadístico SPSS 23.

### **RESULTADOS**

Un total de 228 profesionales sanitarios participaron en el estudio. El 12% de los encuestados fueron hombres (27), mientras que el 88% restante fueron mujeres (201). El rango de edad va desde los 22 hasta los 64 años, con una edad media de 34 años. El 83% de los encuestados fueron médicos, mientras que el 11% fueron enfermeros y un 2% auxiliares de enfermería. El 77% de los encuestados trabajan a nivel hospitalario, y el 23% restante en atención primaria. Antes de realizar el cuestionario, el 35% de los participantes creían padecer SB. Una vez realizada la encuesta, hasta el 98% de los participantes mostraron un riesgo moderado/alto de padecer SB. El 90% de participantes nunca han recibido formación específica, y consideran importante apoyar la prevención del SB.

### **CONCLUSIONES**

El SB es una situación grave, que empeora tanto la calidad asistencial como la calidad de vida de los trabajadores que lo sufren. La mayor parte de los participantes de esta encuesta presentaron valores compatibles con SB. Las direcciones de recursos humanos deberían poner en marcha medidas correctoras e instaurar estrategias que permitan prevenir y tratar este síndrome entre los profesionales de nuestra área sanitaria, a fin de asegurar la calidad de vida de nuestros trabajadores, y consecuentemente, mejorar la atención de los pacientes pediátricos. Además, el 90% de los encuestados reconocen que participarían en dichas actividades.

## **E-CONSULTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Ogando Martinez A\*<sup>1</sup>, Prado Carro A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.

---

### **OBJETIVOS**

Evaluación de la eficiencia y satisfacción por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria de un programa piloto de telemedicina en consulta de Endocrinología pediátrica en el área sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo. Analizamos el número de e-consultas realizadas desde la puesta en marcha del proyecto piloto en Octubre de 2016 hasta el momento actual, así como número de primeras visitas presenciales durante el mismo periodo. En junio de 2018 realizamos una encuesta de satisfacción a los pediatras de atención primaria mediante la plataforma Google Forms, realizando un análisis descriptivo de las variables cualitativas obtenidas (dicotómicas y politémicas ordinales).

### **RESULTADOS**

Por el momento no se ha visto una reducción en el número de primeras visitas en las consultas de Endocrinología a pesar del incremento significativo del número de teleconsultas/e-consultas registrado en nuestra unidad (2016: 5 teleconsultas realizadas, 359 primeras visitas/ 2017: 48 teleconsultas, 12 e-consultas, 395 primeras visitas), pero si una buena acogida por parte de los profesionales sanitarios (76,2% se manifiestan muy satisfechos), considerándose por parte de éstos muy beneficiosa para el paciente (77,3% de los encuestados).

### **CONCLUSIONES**

Hasta el momento los estudios estadísticos no han demostrado reducción de las derivaciones a consultas externas de Endocrinología Pediátrica. La evidencia científica publicada hasta el momento sobre estudios similares, reporta resultados coste-efectivo favorables a pesar del gasto inicial de los dispositivos, además del beneficio del paciente. Es posible que los resultados obtenidos en nuestro estudio se deban a limitaciones en el sistema de recogida de datos y a nivel temporal, por lo que se debería ampliar el tiempo de seguimiento. Por otra parte, sí se han cumplido otros de los objetivos de la e-consulta como son: resolver dudas sobre derivaciones, consultas puntuales, canalizar consultas hasta el momento realizadas por otras vías, dejar constancia escrita en la historia de los pacientes de consultas realizadas y asegurar la protección datos y la confidencialidad.

## **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DIURNA (IUD) Y DISFUNCIONES VESICALES EN LOS ESCOLARES GALLEGOS, Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO**

Somoza Argibay I<sup>\*1</sup>, Méndez Gallart R<sup>2</sup>, Casal Beloy I<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Rodríguez Ruíz M<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.*

### **OBJETIVOS**

Múltiples publicaciones hacen referencia en los últimos años al incremento de la prevalencia de disfunciones vesicales en edad pediátrica, afectando a un 10-15% de los escolares. Estas disfunciones incluyen patrones miccionales anormales, y que cursan con sintomatología urinaria como incontinencia, urgencia miccional o infecciones. Se postula que este aumento en la prevalencia puede ser debido a los cambios en el estilo de vida y dietéticos. Pero existen en la literatura pocos estudios epidemiológicos que estudien además los factores de riesgo. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de disfunciones vesicales e intestinales, además de conocer los principales factores de riesgo para determinar los cambios o normas que permitan disminuirla.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Llevamos a cabo un estudio observacional transversal de prevalencia sobre una muestra representativa de la población pediátrica gallega de 1069 niños y niñas escolarizados de entre 3 y 9 años de 46 colegios. Para ello utilizamos un cuestionario sobre hábitos de aprendizaje miccional, hábito intestinal, datos sociofamiliares y dietéticos, además de asociar el cuestionario PLUTSS de screening de disfunción vesical, tras traducirlo, validarlo y publicarlo en español. Mediante análisis estadísticos bivariados analizamos la influencia de distintos factores en la presencia de disfunción vesical. Posteriormente mediante análisis de regresión logística estudiamos los principales factores de riesgo.

### **RESULTADOS**

Los varones retiran el pañal más tarde (2.41 vs 2.25) y por lo tanto comienzan el colegio con mayor porcentaje de incontinencia. El 31,9% de los escolares retiraron el pañal motivado por la escolarización. La prevalencia de incontinencia urinaria fue de 15% diurna y 12,2% nocturna, la de disfunción vesical 8,3%, estreñimiento 20%, incontinencia fecal 2,8% e ITUs 12,4%. El 39,8% de los escolares presentan hábito posponedor. El 28,7% de los que presentaban sintomatología referían repercusión psicológica. Los estudios de regresión logística mostraron como principales factores de riesgo de disfunción vesical: el ser varón (OR 1,87), la menor edad (OR 0,78), la retirada de pañal forzada por la escolarización (OR 2,14), el estreñimiento (OR 1,61) y en especial el hábito retencionista (OR 3,87).

### **CONCLUSIONES**

La incontinencia se trata de un evento muy estresante, que lleva a desarrollar una baja autoestima y problemas sociales y psicológicos. Las disfunciones vesicales e intestinales han mostrado tener una alta prevalencia en nuestra población pediátrica. El conocimiento de la epidemiología de esta patología en nuestra comunidad, nos ha permitido emitir una serie de recomendaciones escolares, familiares y en atención primaria, con el fin de prevenir esta patología tan prevalente.

## DOLOR CERVICAL COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE EPENDIMOMA

Juberias Alzueta C\*<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

Los tumores intracraneales son el tumor sólido más frecuente y la primera causa de mortalidad por tumores en la infancia. El ependimoma deriva de las células ependimarias de los ventrículos o del canal central medular y representa el tercer tipo más común de los tumores del sistema nervioso central en la infancia, siendo normalmente de localización infratentorial en el cuarto ventrículo. Suelen cursar con síntomas de hipertensión intracraneal como cefalea y vómitos. La supervivencia a 5 años es de un 39-64% en niños, siendo el factor principal en la supervivencia a largo plazo la resección completa del tumor, así como la edad del paciente, siendo peor el pronóstico a menor edad. La radioterapia adyuvante se recomienda en casos en los que la resección ha sido incompleta o en tumores anaplásicos.

### CASO CLÍNICO

Niña de 2 años y 5 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor a nivel cervical posterior de predominio matutino de mes y medio de duración, que atribuyen a posible caída, con empeoramiento progresivo en los últimos 10 días, asociando tres episodios eméticos y sutil cambio en el comportamiento. Exploración física, incluida la neurológica, dentro de la normalidad. Analítica básica sin alteraciones. Se realizan radiografía cervical y ecografía cervical, con adenopatías cervicales como único hallazgo. Se solicita resonancia magnética, en la que se observa una lesión heterogénea ocupante de espacio infratentorial, de 4,5x4,5x6,5cm, que parece asentar en el cuarto ventrículo asociando dilatación de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, compatible en primer lugar con ependimoma. Se deriva a centro de referencia, donde se realiza exéresis del tumor sin incidencias. La AP confirma el diagnóstico de ependimoma anaplásico grado III de la OMS. En la RM postquirúrgica no aparecen restos tumorales. Posteriormente se continúa tratamiento con radioterapia.

### CONCLUSIONES

Los tumores intracraneales son una patología infrecuente en pacientes pediátricos y muchos de los síntomas que presentan pueden corresponder a patologías comunes en la infancia, lo que lleva a demoras en el diagnóstico. Con este caso queremos resaltar la importancia de considerar la presencia de síntomas persistentes, principalmente la combinación de cefalea y vómitos, como posibles indicadores de tumor cerebral y, en concreto, la frecuente asociación de dichos síntomas a tumores de fosa posterior. Además, cabe remarcar la necesidad de realizar una evaluación de neuroimagen en este tipo de pacientes, a ser posible con resonancia magnética, que permita un diagnóstico y tratamiento precoces, así como una disminución de la morbimortalidad.

## **DISGENESIA GONADAL PURA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN EL PERIODO PERIPUBERAL.**

Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, López Conde I<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### **OBJETIVOS**

En cualquier periodo vital de un niño, la detección de incongruencia entre genitales externos, gónadas y sexo cromosómico conlleva iniciar un procedimiento diagnóstico complejo, con el objetivo de descartar un trastorno de diferenciación sexual. En la mayoría de los casos es necesario un enfoque multidisciplinar que proporcione un tratamiento adecuado además de apoyo psicosocial al paciente y a la familia.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 12 años que acude a la consulta de Endocrinología con antecedente de cariotipo prenatal XY y presencia al nacimiento de genitales externos femeninos normoconfigurados. A los 2 años y medio la impresión diagnóstica era un síndrome de insensibilidad a los andrógenos completa. Se diagnosticó ligera estenosis en la válvula aórtica, sin repercusión. En la exploración física presenta ausencia de vello axilar y pubiano y telarquia (S2). Se realizan las siguientes pruebas complementarias: cariotipo XY, una radiografía de muñeca izquierda sin edad ósea alterada y una resonancia donde se visualiza útero infantil y ovario rudimentario izquierdo. La LH y FSH basales son 31,83 U/L y 118,63 U/L y la hormona antimulleriana de 2.3 ng/ml. Se realiza test de HCG sin objetivarse respuesta de testosterona. Se indica intervención quirúrgica (salpingo-ooforectomía bilateral laparoscópica) y el estudio anatomopatológico revela gonadoblastoma en anexo izquierdo. Recibe terapia hormonal sustitutiva con buena respuesta (aparición de caracteres sexuales secundarios femeninos y menstruación). El diagnóstico de sospecha es una disgenesia gonadal pura, pendiente de resultado de estudio molecular. La niña por el momento desconoce su condición.

### **CONCLUSIONES**

El manejo de los trastornos de diferenciación sexual a menudo requiere participación de un equipo multidisciplinar que incluya especialistas de endocrinología, genética y cirugía pediátrica. En nuestro caso, la presencia de cariotipo XY y falta de respuesta de testosterona en el test HCG, nos indica ausencia de células de Leydig (productoras de testosterona) funcionantes y la ausencia de hormona antimulleriana es concordante con la presencia de estructuras femeninas internas normales (mullerianas), lo que nos permite descartar insensibilidad a los andrógenos y sospechar la presencia de disgenesia gonadal, que se confirma con la biopsia gonadal. El tratamiento requiere el inicio de terapia hormonal sustitutiva para desarrollo de la pubertad femenina y realizar gonadectomía total profiláctica por elevado riesgo de neoplasia gonadal, que en nuestro caso fue localizada y no precisó más tratamiento que la extirpación quirúrgica.

## **BRONQUIOLITIS POR VRS EN PACIENTES QUE RECIBEN PROFILAXIS CON ANTICUERPO MONOCLONAL ESPECÍFICO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA. ¿ES POSIBLE EVITAR INGRESOS?**

Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

La prevención de la infección respiratoria grave por VRS en pacientes de mayor riesgo se basa en medidas higiénicas y en la administración de un anticuerpo IgG monoclonal humanizado contra el virus, lo que permite la disminución de la hospitalización en época epidémica.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo entre 2015 y 2017. Se realizó una recogida y análisis descriptivo de los datos clínicos y analíticos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes candidatos a inmunización según los criterios de la SENEo, tras el alta de la Unidad de Neonatos.

### **RESULTADOS**

Recibieron profilaxis 78 pacientes, la mayoría por riesgo asociado a la prematuridad (el 37% eran prematuros de entre 29-31+6 semanas de edad gestacional, el 17% menores de 28+6 semanas y el 14% de 32-34+6 semanas, cumpliendo todos ellos los requisitos estipulados) Un 15% padecía cardiopatía congénita sintomática y un 11% presentaba distintas indicaciones en campañas sucesivas (prematuros con displasia broncopulmonar que precisa tratamiento prolongado). La mayoría de pacientes recibieron la profilaxis en una sola campaña. Un paciente recibió un total de trece dosis por prematuridad menor a 28+6 semanas, displasia broncopulmonar grave, retraso psicomotor e hipotonía. Con respecto a las infecciones, nos encontramos que en el 50% no se registró ninguna bronquiolititis, el 30% presentó de uno a tres episodios y sólo el 4% padeció más de seis. Seis pacientes ingresaron por infección no VRS y tres por bronquiolititis por VRS. Estos últimos se encontraban en la primera campaña de vacunación, por lo que recibieron dos o tres dosis. Solo uno de ellos presentó apneas y necesidad de oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva.

### **CONCLUSIONES**

La profilaxis en nuestra área ha obtenido un resultado satisfactorio, permitiendo la disminución de la hospitalización, en consonancia con otros estudios. En nuestro centro solo se registraron tres casos que precisaron ingreso, un 3,8% de la muestra analizada. Éstos tienen en común ser recién nacidos muy pretérminos que presentaron la infección dentro del primer año de vida. En dos de ellos (paciente 1 y 3) destaca la presencia de displasia broncopulmonar, lo que supone un factor de riesgo añadido. Debemos tener en cuenta que el anticuerpo monoclonal humanizado contra el VRS previene la infección inhibiendo la entrada del virus a las células, por lo que no genera una respuesta inmunitaria protectora para las siguientes infecciones, motivo por el que los pacientes continuaron con las administraciones mensuales programadas. La administración no presentó eventos adversos.



## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS NIÑOS AFECTOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.**

Saez Soto R<sup>1</sup>, Trincado Aller N\*<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

Describir las características clínico-epidemiológicas y el pronóstico de los pacientes menores de 16 años afectos de EI definida según los criterios de Duke modificados de la ESC (año 2015) en un centro de tercer nivel.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa en un periodo de 16 años en un centro de referencia de Cardiología Pediátrica y Cirugía Cariaca Infantil.

### **RESULTADOS**

Once pacientes (82% mujeres) cumplieron los criterios de inclusión. La mediana de edad de presentación fue de 6 años y 9 meses. Ocho (73%) pacientes presentaban CC (3 tetralogía de Fallot, 1 CIV, 1 canal AV, 1 estenosis aórtica + estenosis pulmonar, 1 TGA y 1 displasia de válvula pulmonar); cuatro de ellos tenía antecedente de cirugía valvular y en dos se realizó cateterismo. El síntoma más frecuente al debut fue la fiebre prolongada (>3 semanas), presente en 8/11 (73%). En dos pacientes (18%) el debut fue en forma de shock con compromiso hemodinámico. Los microorganismos aislados fueron: Staphylococo coagulasa negativo (3/11 pacientes), St. Aureus (1/11), St. Viridans (1/11), St. Pneumoniae (1/11), St. Beta-hemolítico grupo A (1/11), un bacilo del grupo HACEK (1/11) y una Micobacteria (1/11). En 2/11 pacientes no se encontró microorganismo causal. En la ecocardiografía se objetivó imagen compatible con verruga en 9/11 pacientes. Todos los pacientes recibieron antibioterapia intravenosa durante una media de 44,30 días. En 5 (45.4%) pacientes se realizó cirugía cardiaca (exéresis), remitiéndose en todos los casos material para estudio anatomopatológico y microbiológico. En 2/5 la tinción gram fue positiva para gérmenes y en 3/5 se encontró material inflamatorio inespecífico. El tiempo de estancia media hospitalaria fue 42,17 días. El tiempo medio de seguimiento fue de 9,8 años a 8/11 pacientes, objetivándose empeoramiento de la función valvular en 5 de 9 (55,5%). A dos pacientes no fue posible realizar seguimiento y un paciente falleció por causa atribuible a la endocarditis.

### **CONCLUSIONES**

Es fundamental la sospecha diagnóstica en pacientes con CC con fiebre prolongada y/o empeoramiento de la función cardiaca. A pesar de un correcto tratamiento médico, la necesidad de intervención quirúrgica en la EI pediátrica. El seguimiento de estos pacientes debe prolongarse para asegurar un control evolutivo sobre la función valvular.

## HIPERFENILALANINEMIA: PERFIL LIPÍDICO Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Picáns Leis R\*<sup>1</sup>, Sánchez-Pintos P<sup>1</sup>, Hermida A<sup>2</sup>, Vitoria I<sup>3</sup>, Aldámiz L<sup>4</sup>, Leis R<sup>1</sup>, Couce M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital

Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Pediatría. Hospital Universitario La Fe, Valencia.

<sup>4</sup>Pediatría. Hospital de Cruces, Bilbao.

### OBJETIVOS

Estudiar el perfil lipídico y otros marcadores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de hiperfenilalaninemia a tratamiento dietético.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico (3 Centros hospitalarios) de 141 pacientes con hiperfenilalaninemia. Dichos pacientes fueron estandarizados de acuerdo a su edad, fenotipo, tipo de tratamiento y adherencia a la dieta. Se recogieron los siguientes parámetros de cada paciente: niveles de fenilalanina anuales medios (Phe), tolerancia a fenilalanina, medidas antropométricas, tensión arterial y parámetros bioquímicos [triglicéridos, colesterol total, colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL), apolipoproteína A (ApoA), apolipoproteína B (ApoB), vitamina B12, homocisteína, metionina, proteína C reactiva de alta sensibilidad (hsRCP)].

### RESULTADOS

Los niveles de colesterol total fueron más bajos en pacientes con la forma clásica de la enfermedad (PKU) que en aquellos que presentaban la forma moderada ( $150\pm 31$  vs.  $164\pm 22$  mg/dL), y existe una correlación inversa débil entre los niveles de colesterol total en plasma y los de fenilalanina. HDL, LDL, ApoA y ApoB fueron más bajos también en la forma clásica que en las formas moderadas. Los PKU presentaban mayores cifras de tensión arterial sistólica existiendo una correlación cuadrática entre los niveles medios de Phe y la tensión arterial sistólica ( $p=6.42e-5$ ) así como una correlación lineal entre los niveles de Phe y la tensión arterial diastólica ( $p=5.65e-4$ ). En pacientes PKU con sobrepeso u obesidad (24.11%) tanto los parámetros bioquímicos (colesterol total, triglicéridos, LDL, homocisteína, hsCRP) como la tensión arterial fueron más altos. Sin embargo, el HDL en estos pacientes fue más bajo.

### CONCLUSIONES

Nuestros datos revelan en aquellos pacientes con la forma clásica de la enfermedad, una correlación directa entre un perfil lipídico con cifras más bajas de todos sus marcadores y una buena adherencia al tratamiento dietético. Sin embargo, en pacientes PKU con sobrepeso u obesidad, se demuestra un perfil lipídico con mayor tendencia a la aterogenicidad así como cifras más elevadas de hsCRP y de tensión arterial. Estos datos ayudan por tanto a comprender mejor la relación entre el perfil lipídico y el fenotipo de enfermedad, pudiendo ser útil en un futuro para optimizar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

## EVOLUCIÓN DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 EN PACIENTES TRATADOS CON NITISINONA DE TODA ESPAÑA

Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Sánchez-Pintos P<sup>1</sup>, De Castro MJ<sup>1</sup>, Iglesias A<sup>1</sup>, Bóveda Fontán D<sup>1</sup>, Couce ML<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### OBJETIVOS

Evaluar la repercusión en el estado nutricional y desarrollo del tratamiento con nitisinona (NTBC) en pacientes con hipertirosinemia tipo 1 (HT1)

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Al diagnóstico se evalúan las variables de: edad y año de diagnóstico, sexo, tipo de diagnóstico (clínico o por cribado neonatal), estudio genético, fenotipo, síntomas clínicos y marcadores bioquímicos. En el seguimiento: adherencia a la dieta y al tratamiento farmacológico, niveles de succinilacetona (SA), fenilalanina, tirosina, alfafetoproteína y concentración de NTBC en plasma. Se midieron también parámetros antropométricos y la evolución de síntomas clínicos, neurocognitivos y comportamentales.

### RESULTADOS

Se estudian 52 pacientes (45 niños y 7 adultos), 57.7% varones, con media de edad de 11,8 años (2-24). Todos reciben terapia con NTBC desde el diagnóstico. 8 fueron diagnosticados por cribado neonatal, todos ellos asintomáticos, excepto uno con fallo hepático. La edad media del diagnóstico de los 44 de diagnóstico tardío fue 14.8 meses con frecuente afectación hepática (pT (IVS6-1 G>T), sin correlación fenotipo-genotipo. Los niveles de Tyr y SA al diagnóstico fueron inferiores en el grupo de cribado ( $416.9 \pm 153.6 \mu\text{mol/L}$  vs  $470.1 \pm 231.0 \mu\text{mol/L}$ ; ns). Evolutivamente, con una media de seguimiento de  $6,1 \pm 4.9$  años en los de diagnóstico precoz y  $10,67 \pm 5.4$  años en los de diagnóstico tardío, el 87% de los diagnosticados precozmente presentaron buena adherencia al tratamiento dietético frente al 65% de diagnóstico tardío, con buena adherencia farmacológica en ambos. El desarrollo ponderoestatural no se vio alterado; si bien se observa mayor incidencia de obesidad y sobrepeso en ambos grupos (45%). 1 de los de diagnóstico a los 10 meses presentó a los 13 años un hepatocarcinoma. El cociente intelectual (CI) fue mayor o igual a 85 en los de cribado, sin embargo 3 con forma aguda y 1 con presentación crónica presentaron CI menor o igual a 70. Dificultades para el aprendizaje fueron observadas en el grupo tardío en el 17% casos.

### CONCLUSIONES

Nuestros datos corroboran el beneficio de asociar el tratamiento farmacológico y el dietético precozmente y la importancia de estandarizar el cribado neonatal de esta entidad. El grupo diagnosticado de forma tardía presenta mayores dificultades de aprendizaje y CI menor, así como complicaciones somáticas posteriores. Por primera vez se describe la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta entidad en probable relación con las características del tratamiento dietético.

## **ARRITMIAS CARDIACAS DE PRESENTACIÓN NEONATAL: DESCRIPCIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN Y EN SU EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO.**

Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Santamarina M<sup>1</sup>,  
Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

La arritmia cardiaca en el periodo perinatal no es excepcional, habitualmente se trata de un proceso benigno y sin complicaciones. Algunas de estas arritmias se diagnostican prenatalmente o en el parto. Nuestro objetivo es realizar un estudio de las arritmias diagnosticadas en periodo perinatal, valorar el tipo más frecuente, su persistencia en el tiempo y los factores que influyen en su desarrollo, así como en su evolución a largo plazo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de arritmia de debut perinatal en el periodo de estudio (1 de enero de 2011 y 31 de diciembre de 2016) en un hospital de nivel IIIB con un número de 3800 nacimientos anuales.

### **RESULTADOS**

Son 68 pacientes. Aproximadamente el 1% de los pacientes de nuestra UCI Neonatal presentaban una arritmia cardiaca. El 80.9% de los pacientes no tenían antecedentes familiares cardiológicos. En el 23.5% de los neonatos existió hipotiroidismo materno durante la gestación. Se diagnosticó arritmia fetal en 42 casos, 39 extrasístoles, 2 taquicardias supraventriculares y un flutter. Ninguno precisó tratamiento intrauterino. El 20.2% de pacientes con arritmias diagnosticadas prenatalmente no se confirmó postnatalmente. De los pacientes con arritmia presente al nacimiento, las extrasístoles fueron las alteraciones del ritmo más frecuentes 48/54 pacientes y sólo progresaron a otra arritmia el 4.1%. El tiempo medio de control de primera visita fue de 52.6 días, en ella la arritmia persistía en el 65%, al año persistía el 30%, en la persistencia influyó el momento de debut y la morfología.

### **CONCLUSIONES**

El 10% de los recién nacidos de nuestra área presentan extrasístoles perinatales, es decir, 1 de cada 280 recién nacidos vivos. Casi una cuarta parte de las madres de nuestros pacientes recibieron hormona tiroidea durante el embarazo. Un 20% de las arritmias prenatales, no se objetivaron al nacimiento. La arritmia predominante fueron las extrasístoles aisladas sin complicaciones, la mayoría supraventriculares y de morfología única. En cuanto a los factores que determinan la persistencia de la arritmia, la arritmia visualizada exclusivamente de modo prenatal se autolimita en mayor medida.

## Comunicaciones Póster

---

## UTILIZACIÓN DE POLIETILENGLICOL CON ELECTROLITOS DURANTE TIEMPO PROLONGADO.

Bautista Casasnovas A<sup>1</sup>, Garcia Palacios M\*<sup>1</sup>, Marco Martin C<sup>1</sup>, Argüelles Martin M<sup>2</sup>, Martin Martinez B<sup>3</sup>, Estevez Martinez<sup>1</sup>, Cortizo Vazquez J<sup>1</sup>, Amil Diaz J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.

<sup>2</sup>GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

SEVILLA.. <sup>3</sup>GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE TARRASA. BARCELONA.

<sup>4</sup>GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SAO JOAO. OPORTO

### OBJETIVOS

La utilización de polietilenglicol con electrolitos durante más de 6 meses (PEG+E>6), es habitual el estreñimiento crónico funcional (ECF). El objetivo de nuestro trabajo es analizar la evolución de los pacientes tratados con PEG+E>6.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de niños con ECF (ROMA III), tratados con PEG+E>6. Se realiza encuesta durante la consulta (T1) sobre: clínica, número y tipo de deposiciones, tratamiento, dosis, complicaciones y evolución, así como encuesta retrospectiva sobre el momento del iniciar el tratamiento (T0), 4 preguntas sobre calidad de vida-satisfacción.

### RESULTADOS

60 pacientes (33V/27M). Duración ECF  $14,2 \pm 8,1$  meses. 66.6% tienen antecedentes familiares. 31,25% recibieron tratamiento previo. Edad:  $5,8 \pm 3,2$  años en T0 y  $7,0 \pm 3,7$  años en T1. El 66,6% realizó vaciado inicial. Tiempo utilización  $18,4 \pm 14,8$  meses, 35 niños (58%) > 1 año. Nº deposiciones / semana:  $2,8 \pm 1,2$  inicio,  $6,2 \pm 1,2$  control. Puntuación Escala de Bristol paso de  $1,8 \pm 0,5$  a  $3,8 \pm 0,4$ . Las deposiciones/semana >4, se iniciaron en  $2,8 \pm 1,4$  semana. La dosis de vaciado inicial  $1 \pm 0,8$  gr/kg ,  $0,4 \pm 0,2$  gr/kg en tratamiento inicial y  $0,3 \pm 0,2$  gr/kg al control. 6 casos describen meteorismo como efecto secundario. El 100% de las familias consideran que PEG+E es eficaz. El 55% y 43% "están de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" en la mejoría de los síntomas.

### CONCLUSIONES

Los pacientes con PEG+E>6, tienen ECF 14 meses, usándolo 18 meses de media. Utilizan  $1 \pm 0,8$  gr/kg para vaciado inicial, y no modifican la dosis inicial ( $0,4-0,3$  gr/kg) con el paso del tiempo y ganancia ponderal. La mayoría logran > 4 deposiciones/semana en la 3ª semana, la desaparición de la sintomatología, mayor nº de deposiciones/semana y mejoría en escala de Bristol. Existe acuerdo sobre la eficacia, mejoría clínica y facilidad de uso. Existen pocos estudios a largo plazo sobre el ECF. Muchos niños reciben tratamiento a largo plazo, pudiendo persistir con tratamiento/sintomatología en la edad adulta.

## LESIONES PERIANALES EN NIÑOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Bautista Casasnovas A<sup>1</sup>, Garcia Palacios M\*<sup>1</sup>, Marco Martin C<sup>1</sup>, Cortizo Vazquez J<sup>1</sup>, Mendez Gallart R<sup>1</sup>, Rodriguez Barca P<sup>1</sup>, Garcia Saavedra S<sup>1</sup>, Estevez Martinez E<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.*

---

### OBJETIVOS

Las lesiones perianales (LPA) representan una patología poco conocida e infradiagnosticada. En este trabajo buscamos evaluar las características epidemiológicas, clínico-terapéuticas y evolutivas de las LPA tratadas en nuestro servicio.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de enero de 2006 a diciembre de 2015, de niños con diagnóstico de LPA. Datos demográficos, clínicos, terapéuticos médico-quirúrgicos y evolutivos. Se dividieron en 2 grupos: Grupo I menores de 1 año y grupo II de 1 a 15 años. Excluimos pacientes con enfermedades crónicas-EII.

### RESULTADOS

96 pacientes (60 V/36 M) con LPA. Grupo I: 53 pacientes (55%), mayoritariamente varones, edad  $7,5 \pm 2,8$  meses. El 80% fueron: fisuras (32%), abscesos-fistulas (30%) y MAR bajas (19%). Utilizamos antibióticos intravenosos en 41 (77%) y tratamiento quirúrgico en 30 (56,6%) (16 abscesos-fistulas, 10 MAR, 2 pólipos, 2 estenosis anorrectales). Hubo 4 recidivas (12%) de las lesiones perianales (3 abscesos y 1 fistula). Grupo II 43 casos (45%), edad  $5,8 \pm 3,9$  años. El 75% fueron: Pólipos peri-anales 30%, Abscesos-fistulas 23% y colgajos cutáneos 21%. 17 pacientes (37%) recibieron tratamiento antibiótico y 25 (58%) requirieron cirugía (13 pólipos, 10 abscesos-fistulas y 2 colgajos cutáneos). Hubo 2 recidivas (8%), 1 absceso y 1 fistula. La tasa de recidivas fue similar en ambos grupos (12 vs 8%). Existen diferencias significativas en la distribución del sexo ( $p < 0.001$ ), tipo de lesión perianal ( $p < 0.001$ ) y utilización de antibiótico ( $p < 0.05$ ) entre ambos grupos.

### CONCLUSIONES

La patología perianal es muy frecuente en la edad pediátrica, el 60% requiere tratamiento quirúrgico. Existe predominancia masculina, relación 2/1. En Grupo I predominan las fisuras, los abscesos-fistulas y las MAR, y en el Grupo II los pólipos, abscesos-fistulas y los colgajos cutáneos. El Grupo I requirió antibioterapia sistémica el doble de veces que el Grupo II. La necesidad de tratamiento quirúrgico y la tasa de recidivas fueron similares en ambos grupos

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DE ESTILO DE VIDA DE 30 ESCOLARES OBESOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 6 Y 9 AÑOS. COMPARATIVA CON 30 ESCOLARES CON PESO NORMAL.**

Cabo Jiménez V\*<sup>1</sup>, Novoa Gómez G<sup>1</sup>, Reis Iglesias L<sup>1</sup>, Leis Trabazo M<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población pediátrica europea y mundial conlleva importantes riesgos bien conocidos, tanto a nivel orgánico como psicosocial. El objetivo de este estudio fue determinar los hábitos de vida y de alimentación, evaluando su asociación con comportamientos relacionados con el balance de energía, así como con factores de actividad física.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio transversal que incluye 60 niños, con edades comprendidas entre los 6 y 9,9 años, que reciben asistencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, 30 de los mismos diagnosticados de obesidad tras su primera visita al servicio de Endocrinología Pediátrica y los 30 restantes, elegidos al azar, sin diagnóstico de dicha patología. Tanto los escolares como sus progenitores han rellenado un cuestionario sobre diversas características sociodemográficas, hábitos alimentarios, tipo y tiempo dedicado a realizar actividad física y al ocio tecnológico, así como el número de horas de sueño.

### **RESULTADOS**

La prevalencia de obesidad se incrementa con la edad de los participantes de manera estadísticamente significativa. También se ha encontrado relación con la situación ponderal de los progenitores y su estado civil, el sedentarismo (reflejado en un mayor número de horas dedicadas al ocio tecnológico y la menor realización de actividad física), un mayor consumo de refrescos, comida rápida, bollería y snacks, así como con un menor número de horas de sueño. No se ha encontrado correlación con el peso al nacimiento, la lactancia materna ni con la omisión del desayuno. Así pues, el contexto psicosocial dispone de un especial peso en el incremento de las cifras de prevalencia de esta patología.

### **CONCLUSIONES**

Los responsables de atención pediátrica deben evaluar universalmente a los niños en cuanto al riesgo de obesidad para mejorar la identificación temprana del IMC elevado, los riesgos médicos y los hábitos alimenticios poco saludables. Resulta de vital importancia proporcionar mensajes de prevención de la obesidad en todos los niños, independientemente de los factores de riesgo que puedan tener asociados. Se deben sugerir intervenciones de control dietético para aquellos con exceso de peso y el fomento de actividad física para toda la sociedad, al igual que un incremento de las pautas de descanso y sueño.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: HALLAZGO INESPERADO EN SOSPECHA DE ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.

Picáns Leis R\*<sup>1</sup>, Curros Novo C<sup>1</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, García Palacios M<sup>2</sup>, Méndez Gallart, R<sup>2</sup>, Estévez Martínez E<sup>2</sup>, Bautista Casasnovas A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### OBJETIVOS

Varón de 17 meses derivado por sospecha de aspiración de cuerpo extraño. Episodio de posible atragantamiento 3 días antes del inicio del cuadro, con un acceso de tos mientras jugaba con unos garbanzos, sin cianosis ni sintomatología posterior. Tos pertusoides de dos días de evolución, sin cuadro catarral asociado. Antecedentes personales: cuadro catarral 15 días antes. Antecedentes familiares: Padre tabaquismo y describían enfermedad tuberculosa en el bisabuelo no conviviente tratada previamente al nacimiento del niño.

### CASO CLÍNICO

Ante la sospecha clínica de aspiración se realiza radiografía de tórax, donde se objetiva una asimetría con hiperlucencia en hemitórax derecho con aumento de densidad pseudonodular infrahiliar. Probable atrapamiento aéreo en hemitórax derecho compatible con neumonitis obstructiva basal. Se deriva para valoración. Al ingreso, se realiza broncoscopia rígida en donde se observa una formación granulomatosa en bifurcación del bronquio principal derecho con bronquio de lóbulo superior, que se extirpa y envía para análisis. Se realizaron pruebas complementarias descartando las principales causas pediátricas de lesiones endobronquiales: infecciosa (tuberculosis y gérmenes formadores de granulomas), tumoral, granuloma secundario a aspiración y alteraciones de la inmunidad, siendo todos los estudios analíticos y microbiológicos normales. Destaca en estudio anatomopatológico de la pieza, denso componente inflamatorio de predominio neutrofílico y fibroblástico; sin objetivarse células neoplásicas, necrosis caseosa ni células gigantes multinucleadas de Langhans. La evolución clínica fue favorable, mejorando tanto radiológica como clínicamente, persistiendo únicamente al alta, aisladas sibilancias espiratorias derechas.

### CONCLUSIONES

La aspiración de cuerpo extraño es frecuente en la edad pediátrica, sobre todo en menores de 3 años. Se puede obstruir la vía a cualquier nivel siendo el más frecuente, el bronquio principal derecho. La primera prueba que se realiza, generalmente, es una radiografía de tórax, si bien es cierto que a veces en niños es de difícil valoración salvo que sea una aspiración de larga evolución. Toda sospecha clínica de aspiración debe ser sometida a broncoscopia. El interés de este caso reside en el tipo de granuloma descrito, ya que, a pesar de que la causa más frecuente de lesión endobronquial granulomatosa en la edad pediátrica en nuestro medio es la tuberculosis y los granulomas secundarios a cuerpo extraño; en este paciente no se demostró ninguna de las dos hipótesis. Esta lesión podría explicarse en el contexto de un proceso inflamatorio-infeccioso subagudo o crónico para el que tampoco encontramos antecedentes personales ni resultados analíticos que lo corroboren.

---

## DIAGNÓSTICO PERINATAL DE RABDOMIOMAS Y ESCLEROSIS TUBEROSA

González Silvela I S<sup>\*1</sup>, Martínez Fernández M<sup>1</sup>, Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Carnicero Iglesias A<sup>1</sup>, Bruno Freire J<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

-La Esclerosis Tuberosa (ET) presenta una incidencia de 1/5000-10000 nacidos vivos y es de herencia autosómica dominante; un 80% presentan mutaciones de novo. -Los tumores cardíacos en el periodo neonatal son poco comunes, los más frecuentes son los rabdomiomas. La evolución es variable, desde asintomático a obstrucción del flujo o arritmias. Pueden ser la pista inicial para el diagnóstico de esclerosis tuberosa. -La clínica en el recién nacido es escasa aunque pueden presentar rabdomiomas, tuber cortical y manchas acrómicas desde la vida fetal.

### CASO CLÍNICO

-Neonato que ingresa por soplo sistólico. Se realiza ecocardiografía en la que se visualizan tumoraciones cardíacas múltiples compatibles con rabdomiomas asintomáticos. Se hace estudio de extensión por sospecha de esclerosis tuberosa que fue negativo. -A los 3 meses de vida aparecen manchas acrómicas generalizadas confirmándose el diagnóstico de esclerosis tuberosa. -Se realiza estudio genético a la paciente a los 5 meses de edad: portadora heterocigota de la mutación c.363+2T>C en el gen TSC1; en el gen TSC2 no había mutaciones. El estudio familiar genético fue negativo. -Al año de vida en la RM había tuberosidades corticales-subcorticales. -A los 2 años 9 meses: crisis generalizadas complejas bien controladas con monoterapia. Desarrollo psicomotor normal. Los rabdomiomas desaparecieron. -No constaban antecedentes familiares de enfermedades neurocutáneas.

### CONCLUSIONES

-Ante rabdomiomas en neonato es obligado el estudio de extensión de esclerosis tuberosa que incluye RM cerebral, fondo de ojo, ecografía renal y valoración por dermatología. En el último consenso del 2012 el cambio más destacable fue la inclusión de estudios moleculares como suficientes para el diagnóstico siempre que la mutación sea claramente patogénica, por ello es aconsejable realizar estudio genético en el neonato dada la ausencia de criterios clínicos a esa edad. -El estudio de las mutaciones permite un diagnóstico precoz, lo que permite un reconocimiento y tratamiento precoz de las crisis, obliga al estudio familiar y posibilita el consejo genético. Además existe expresividad variable intrafamiliar. -La ET tiene un amplio espectro clínico, desde retraso mental grave y crisis incapacitantes hasta ausencia de crisis e inteligencia normal. La mutación en TSC2 tienen peor pronóstico por mayor número de túberes y mayor frecuencia de epilepsia refractaria y menor coeficiente intelectual y aumento del riesgo de autismo, con fenotipo neuropsiquiátrico más grave. Nuestra paciente presentaba mutación de novo en el gen TSC1, sin detectarse mutación patogénica en TSC2, lo cual concuerda con su buena evolución clínica.

## COXSACKIE: MÁS ALLÁ DE LA BOCA, MANO Y PIE

González Silvela I S<sup>\*1</sup>, Rivas Arribas L<sup>1</sup>, Batalla Cebey A<sup>2</sup>, Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

### OBJETIVOS

Los exantemas son comunes en la edad pediátrica y un motivo frecuente de consulta. Las características del exantema aportan información junto con la historia clínica y la exploración física. La evolución suele ser autolimitada y el tratamiento sintomático. La infección por coxsackie típica es más frecuente en lactantes y se caracteriza por fiebre, odinofagia y pequeñas vesículas y erosiones en región oral, manos, pies y nalgas; pero puede presentarse con otras características. El diagnóstico diferencial es importante para identificar la causa, evitar tratamientos innecesarios y complicaciones.

### CASO CLÍNICO

Presentamos 3 mujeres y 1 varón, de 16 meses, 20 meses, 2 años y 6 años, todos con antecedentes personales de dermatitis atópica, que debutaron en mayo con pequeñas lesiones eritematosas aisladas que evolucionaron en 24 horas a exantema pruriginoso generalizado, formado por placas eritematosas, abundantes vesículas y costras (una niña tenía lesiones en diana), predominantemente en zona toracoabdominal y raíz proximal de miembros. Se realizaron estudios analíticos-serológicos y se recogieron muestras del contenido de las vesículas para determinación de PCR virales. En una paciente dado el exantema ampoloso extenso también se realizó biopsia cutánea descartándose enfermedad ampolosa. En todos los pacientes la PCR de vesícula fue positiva para Enterovirus genotipo Coxckasie A6. Tres pacientes ingresaron para realización de pruebas complementarias y tratamiento, otra recibió tratamiento ambulatorio. A los pacientes ingresados se les aplicaron fomentos tópicos de permanganato potásico y antihistamínicos orales. Todos evolucionaron favorablemente. Ante los resultados de las pruebas complementarias se diagnosticaron de Eccema coxsakium.

### CONCLUSIONES

-La infección por coxsackie puede tener una presentación atípica, siendo más habitual en niños escolares y en adultos, su distribución cutánea es más generalizada. Se ha descrito en la literatura científica cuatro formas de manifestación: vesículo-bullosa, Gianotti-Crosti-like, rash peteiquial y purpúrico y eccema coxsakium, siendo esta última la descrita en nuestros pacientes. Además está recogida la predilección del boca mano pie tipo coxsakium en áreas de eccema atópico. -Los agentes causales más frecuentes son coxsackie A16 y enterovirus 71. Sin embargo, en infección atípica, el serotipo coxsackie A6 está descrito como subtipo asociado con fiebre elevada, pequeñas vesículo-pápulas que progresan a lesiones vesiculobullosas generalizadas. Otros estudios también destacan la afectación perioral asociada a la infección por coxsackie A6. -Ante un exantema vesículo-buloso que aparece en época estival es importante conocer la existencia de la forma atípica de esta entidad para realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampolosas.

## LA VARICELA EN EL PUNTO DE MIRA

Fuentes Pérez N<sup>\*1</sup>, Crespo Suárez P<sup>2</sup>, Cores González F<sup>3</sup>, Martínez Veira A<sup>4</sup>, Moraña Borrageiros N<sup>3</sup>, Feal Rodríguez A<sup>3</sup>, Fernández Filgueira M<sup>2</sup>, González Silvela I<sup>2</sup>, Lomba Estévez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>2</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>3</sup>OFTALMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>4</sup>URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

### OBJETIVOS

Se denomina anisocoria a la asimetría en el tamaño pupilar. Aunque puede ser fisiológica hasta en un 20% de la población, ante la presencia de dicho signo clínico deben descartarse: contaminación ocular por fármacos, anomalías estructurales del iris o alteración de la vía pupilar eferente, bien por disfunción simpática (síndrome de Horner) o parasimpática (lesiones del III par, pupila de Adie).

### CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses, sin antecedentes de interés, que presenta anisocoria con midriasis derecha de 7 días de evolución, iniciada tras 24 horas de aparición de erupción cutánea vesiculosa y pruriginosa, compatible con varicela. No refieren administración de colirios ni otras medicaciones salvo antihistamínicos para alivio sintomático del prurito. Al inicio del cuadro presentaba lagrimeo e hiperemia conjuntival, sin exudado ni lesiones vesiculosas en región periocular. Exploración física: lesiones costrosas distribuidas por toda la superficie corporal, midriasis derecha con reflejo fotomotor abolido en dicha pupila con reflejo consensuado normal. No ptosis. Motilidad ocular, fondo de ojo y presión intraocular dentro de la normalidad. Tras la administración de pilocarpina 0,125%, se consigue contracción de la pupila afecta, lo que confirma hipersensibilidad por denervación compatible con el diagnóstico de pupila tónica de Adie, si bien esta respuesta por lo general se suele evidenciar más tardíamente. Se realizó RMN cerebral para descartar posibles lesiones intracraneales causantes de anisocoria y RMN orbitaria para objetivar lesión del ganglio ciliar secundario a infección por virus varicela zóster (VVZ), siendo ambas normales. Actualmente realiza controles periódicos en consultas de oftalmología. Persiste anisocoria y presenta fotofobia con luz intensa.

### CONCLUSIONES

Ante un paciente con anisocoria en primer lugar debemos valorar cual es la pupila patológica, posteriormente descartar causa farmacológica y en el algoritmo de diagnóstico diferencial valorar la respuesta a la administración de determinados colirios. En este sentido, la midriasis que responde a la administración de dosis bajas de pilocarpina es muy característico de pupila de Adie. Se trata de un cuadro benigno, generalmente irreversible, que ocasionalmente puede ser debido a infecciones bacterianas o víricas (entre ellas el VVZ) que afectan al ganglio ciliar, encontrándose pocos casos publicados en adultos y excepcionalmente en niños. Ante esta sospecha clínica se deben realizar angioRMN cerebral para descartar probables lesiones intracraneales causantes de la anisocoria, y prueba de imagen que demuestre afectación del ganglio ciliar.

## ATRESIA ESOFÁGICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE.

Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Bautista Villanueva S<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>3</sup>, García Palacios M<sup>3</sup>, Méndez Gallart, R<sup>3</sup>, Estévez Martínez E<sup>3</sup>, Bautista Casasnovas A<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Alergia e Inmunología Clínica. Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

---

### OBJETIVOS

Estudiar la epidemiología y las características clínico-evolutivas de una serie de pacientes con atresia esofágica y fístula traqueoesofágica (AE-FTE).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes diagnosticados de AE-FTE, en 10 años.

### RESULTADOS

Hay mayor prevalencia en varones (2:1). La AE-FTE que presentaban el 85.7% de los pacientes era tipo III. El 79.16% de los pacientes eran tipo B de Spitz (menores de 1500 gramos o con malformaciones cardíacas graves asociadas). El 90.48% de los pacientes se diagnosticaron de forma postnatal, siendo el 78.95% diagnosticados en las primeras 24 horas de vida. La mayoría (66.6%) habían nacido mediante cesárea presentando un APGAR medio a los 5 minutos de  $9.47 \pm 0.98$ . La malformación asociada más frecuente es la cardíaca (85.71%). En el 95.3% de los pacientes se realizó toracotomía para cirugía correctora, apareciendo algún tipo de complicación en el 71.42% siendo la estancia media hospitalaria de  $64.21 \pm 40.67$  días.

### CONCLUSIONES

La incidencia de AE-FTE en la serie es ligeramente mayor que en otras revisadas. Predominan los varones, nacidos por cesárea en el 2º semestre del año, menores de 2800 g de peso e hijos de madres mayores de 30 años. El diagnóstico fue mayoritariamente postnatal. El tipo de atresia más frecuente fue el tipo III de la clasificación de Gross con malformaciones cardíacas asociadas e intervenidos en las primeras 48 horas de vida. La AE-FTE es actualmente una patología frecuentemente asociada a otras malformaciones con tasas muy altas de supervivencia, pero con frecuentes complicaciones a corto y largo plazo. En nuestra serie no hubo mortalidad.

## **ANÁLISIS DEL CRECIMIENTO EXTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL**

Vaqueiro Graña M<sup>\*1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Pumarada Prieto M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

---

### **OBJETIVOS**

Los pediatras y neonatólogos se enfrentan diariamente al reto de conseguir un crecimiento adecuado de los recién nacidos prematuros. La restricción del crecimiento extrauterino (RCEU) es un problema universal en el recién nacido pre-término que genera preocupación entre los profesionales debido a las consecuencias que puede acarrear para el futuro del paciente. Los objetivos son describir y analizar el crecimiento de los neonatos prematuros menores de 32 semanas, en su etapa neonatal y su evolución posterior durante sus primeros 4 años de vida.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo del crecimiento de los prematuros menores de 32 semanas nacidos en nuestro centro entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2016.

### **RESULTADOS**

Se analizó una muestra de 120 pacientes. 23 de ellos (19%) nacieron con percentil de peso menor de 10. 10 (43%) superaron este percentil a los 12 meses de edad corregida. Los neonatos PEG presenta significativamente menor longitud y peso hasta los 18 y 24 meses respectivamente en comparación con el resto. 19 neonatos (16%) sufrieron restricción del crecimiento extrauterino. Éstos presentan peso significativamente menor que el resto hasta los 24 meses.

### **CONCLUSIONES**

La restricción del crecimiento intra y extrauterino es un problema frecuente en nuestros prematuros. Observamos que las curvas de crecimiento de los neonatos con restricción del crecimiento se acercan a las del resto a partir de los 2 años de edad.

## **ERITEMA DISCRÓMICO PERSTANS: DERMATOSIS CENICIENTA**

Cabo Jiménez V\*<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, González López M<sup>1</sup>, Carreira Sande N<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* <sup>2</sup>*Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

---

### **OBJETIVOS**

El eritema discrómico perstans (EDP) es una dermatosis adquirida que aparece predominantemente en hispanos, afroamericanos, indios y etnia gitana. Se presenta entre la primera y la tercera década. Su etiología es desconocida, se ha asociado con: endocrinopatías, vitiligo, infecciones (VIH, VHC), anemia, fármacos (penicilina, benzodiazepinas y derivados yodados), parasitosis y alérgenos ambientales (pesticidas, fungicidas, etc). Las lesiones consisten en máculas y placas ovaladas, circulares y en ocasiones irregulares, de entre 0,5 y 3 cm de tamaño, con coloración azulada o grisácea. Las lesiones empiezan en el tronco y se extienden centrífugamente hacia las extremidades simétricamente, orientando su eje mayor siguiendo los pliegues cutáneos. Pueden confluir y cubrir la mayor parte del cuerpo. Las áreas palmoplantares, uñas y mucosas suelen estar respetadas. Evolucionan en semanas o meses y cursan de forma asintomática o con leve prurito. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el liquen plano pigmentado, aunque también han de descartarse enfermedad de Addison, erupción fija medicamentosa, incontinencia pigmenti, mastocitosis y lupus eritematoso discoide. El tratamiento tiene fines estéticos. Se han probado diversos tratamientos con escasa eficacia. Actualmente el uso de tacrolimus tópico, dapsona y clofazimina parece tener buen resultado. A diferencia de los adultos, la mayoría de los niños se recuperan espontáneamente de manera significativa o completa en el transcurso de 1 a 3 años. Es importante el uso de fotoprotectores para evitar que aumente la hiperpigmentación.

### **CASO CLÍNICO**

Preescolar varón de 4 años y 3 meses, etnia gitana, consulta por máculas gris-marronáceas levemente pruriginosas de 6 meses de evolución. Inicialmente localizadas en cuello y hombros, extendiéndose posteriormente a tórax, miembros superiores y región proximal de miembros inferiores. Los estudios hormonales fueron normales y se descartó patología infecciosa. El paciente presenta síndrome dismórfico con catarata y retraso de desarrollo, con afectación del lenguaje, pendiente de completar estudio genético.

### **CONCLUSIONES**

El EDP es una rara enfermedad adquirida, más frecuente en etnia gitana, de etiología desconocida, con escasa sintomatología y que en niños tiende a la resolución espontánea. No se asocia a alteraciones neurológicas. Puede ser necesario descartar enfermedad de Addison.

## **UNA MUY RARA ENTIDAD DEL METABOLISMO ÓSEO: HIPOFOSFATASIA NEONATAL.**

Picáns Leis R\*<sup>1</sup>, Castells L<sup>2</sup>, Casanello P<sup>2</sup>, De Castro MJ<sup>1</sup>, Couce M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Valles.

---

### **OBJETIVOS**

Recién nacido con expresiones fenotípicas concordantes con displasia esquelética, considerándose de inicio el posible diagnóstico de acondroplasia. En los primeros días de vida, se realiza el diagnóstico de hipofosfatasa perinatal letal por presentar hipoplasia pulmonar y torácica, hipomineralización ósea y niveles indetectables de fosfatasa alcalina.

### **CASO CLÍNICO**

Evolución tórpida falleciendo al cuarto día de vida sin haber sido iniciada terapia enzimática sustitutiva. El diagnóstico definitivo de hipofosfatasa perinatal letal se realizó por estudio genético en gen ALPL donde se identificó la mutación c.473-2G>C y otra nueva mutación heterocigota c.413G>C. Analizando de forma retrospectiva a los padres del niño, ambos presentaban niveles inferiores al rango de normalidad de fosfatasa alcalina en estudios analíticos.

### **CONCLUSIONES**

La hipofosfatasa es una enfermedad metabólica ósea hereditaria muy rara (1:300.000) causada por una mutación por pérdida de función en el gen ALPL que codifica una fosfatasa alcalina no específica. Existe una forma de hipofosfatasa perinatal letal, concordante con la de nuestro paciente, que evoluciona a muerte en los primeros días de vida de no iniciar la terapia enzimática sustitutiva de forma precoz. Es importante realizar por tanto un diagnóstico diferencial prenatal de displasia ósea así como una determinación de fosfatasa alcalina en ambos progenitores. De esta forma, iniciar de forma precoz la terapia sustitutiva con ERT podría cambiar el pronóstico de estos niños que de no iniciarse, conlleva sin duda a un fatal desenlace.



## **CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA, ALGO MÁS QUE INGESTA**

Fuentes Pérez N<sup>\*1</sup>, Carnicero Iglesias A<sup>1</sup>, Cancela Silva M<sup>2</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>, González Silveira I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>2</sup>URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

### **OBJETIVOS**

**INTRODUCCIÓN:** La ingesta de algunos cuerpos extraños (CE) y sobre todo la aspiración a vías respiratorias, constituye una emergencia médica que requiere actuación inmediata. Al margen de ello, la presencia de CE en otras localizaciones (fosa nasal, conducto auditivo) representa un importante número de pacientes que solicitan valoración en urgencias pediátricas. **OBJETIVO:** Analizar la frecuencia de CE como motivo de consulta en urgencias pediátricas y actitud a seguir ante dichos pacientes.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, mediante la recogida de datos de pacientes que acudieron al servicio de urgencias de nuestro centro con sospecha de CE en distintas localizaciones, desde Enero a Agosto de 2018. Variables: edad, sexo, localización del CE, clínica, plan de actuación, valoración por otros especialistas, pruebas complementarias y complicaciones.

### **RESULTADOS**

Se analizaron un total de 31 pacientes, con predominio de mujeres (64.5%), con una edad media de 3.9 años (9 meses-11 años). La localización más frecuente de los CE fue el área ORL (77,4%) seguida de gástrica (22,6%). En el 25.8% de los pacientes, el CE fue una espina de pescado, el resto elementos varios: hueso de aceituna, pipas, pendientes, piezas de plástico,... Clínicamente, el 54.8% de los pacientes estaban asintomáticos en el momento de la valoración; el resto presentaron odinofagia (19.4%), sensación de CE (19.4%), epistaxis (3.2%) y náuseas (3.2%). En 4 pacientes se realizaron pruebas complementarias (Rx de tórax/abdomen), hallándose CE (moneda) en sólo uno de ellos. Precisarón valoración por otorrinolaringología el 45.2%. En cuanto al plan de actuación, en 18/31 pacientes (58.1%) se extrajo el CE sin incidencias, el 19.4% no se visualizó CE en urgencias, 2 pacientes ingresaron para observación (24 horas) y el resto fueron dados de alta en espera de eliminación espontánea en domicilio. Ningún paciente presentó complicaciones.

### **CONCLUSIONES**

A pesar de que nuestro estudio muestra una baja frecuencia de CE como motivo de consulta en urgencias pediátricas (0,2%) y que la mayoría se encuentran asintomáticos y solo requieren extracción del mismo, debemos prestar especial atención a la broncoaspiración ya que requiere atención médica inmediata, así como al material o al tipo de CE (imanes, objetos puntiagudos/afilados,...). Dado que la edad de mayor incidencia se encuentra en torno a los 3-4 años debido a su natural inquietud y curiosidad, debemos incidir en la prevención primaria, alertando a familias y cuidadores de no dejar al alcance de estos niños elementos susceptibles de ser ingeridos o introducidos en orificios.

## NUEVAS TERAPIAS EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN FÚNGICA EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.

Ocampo Alvarez A<sup>\*1</sup>, Tallón García M<sup>2</sup>, Illade Quintero L<sup>2</sup>, Lorenzo Firvida C<sup>2</sup>, Varela Agra M<sup>3</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría (oncopediatría). Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.

<sup>3</sup>Oftalmología. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>4</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.

### OBJETIVOS

La mucormicosis es una infección oportunista ,potencialmente mortal, causada por hongos de la familia de los mucorales , que afecta principalmente a personas inmunodeprimidas. Puede presentarse en varias formas, siendo la mas frecuente la rinocerebral. A pesar de los avances en terapia antifungica y cirugía la tasa de morbi-mortalidad resulta elevada.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años con LAL-B a tratamiento con el protocolo SEHOP PETHEMA 2013, en remisión completa tras finalizar inducción IA. Ingresa durante la fase de reinducción por un cuadro de neutropenia febril, iniciando a las 48 horas cefalea temporal derecha, previo cese de la fiebre y durante la recuperación de la aplasia medular postquimioterapia. Se realiza RM urgente evidenciándose sinusitis maxilar. Una vez realizados los cultivos se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal endovenosa, presentando deterioro clínico brusco con exoftalmos derecho y pérdida visual unilateral asociado a cefalea de mal control tras tres días de tratamiento. En TC/RM se objetiva una masa hipercaptante en región orbitaria y ocupación de senos. Se amplía cobertura antifúngica (caspofungina y voriconazol) siendo intervenido para drenaje-limpieza de órbita y senos en varias ocasiones pese a lo cual persiste progresión de la infección. Se identifica la Lichtheimia Corymbifera como germen causante mediante PCR- panfungica en una muestra anatomopatológica. Dada la progresión de la infección iniciamos tratamiento con isavuconazol en combinación con anfotericina B, uso descrito en adultos pero no en niños hasta la fecha. Pese a las medidas terapeuticas aplicadas persiste progresión a nivel intracraneal siendo además imposible reiniciar el tratamiento de su enfermedad de base. Se procede a cirugía mutilante en centro de referencia, recibiendo previamente 20 sesiones de tratamiento con cámara hiperbárica que logran contener la infección. Se realiza exéresis de órbita, enucleación, exéresis parcial de maxilar derecho y fresado y limpieza de esfenoides y etmoides. Tras la intervención se realizan otras 40 sesiones de cámara hiperbárica. Actualmente se ha reiniciado la quimioterapia de la LAL, de la que permanece en remisión pese a no recibir quimioterapia durante 6 meses.

### CONCLUSIONES

El uso de cámara hiperbárica concomitante a cirugía como tratamiento de infecciones fúngicas sirve para poner en manifiesto cómo, en ocasiones, es preciso realizar tratamientos fuera de ficha técnica, así como medidas que todavía no están totalmente implantadas, para facilitar la resolución de ciertas entidades que no responden a tratamientos convencionales.

## ¿ES FIABLE COMO DESPISTAJE DE INFECCIÓN URINARIA? COMPARACIÓN DE LA TIRA REACTIVA RÁPIDA CON SEDIMENTO URINARIO

Ocampo Alvarez A<sup>\*1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Bauluz Barcena M<sup>1</sup>, Garcia Alonso L<sup>2</sup>, Alvarez Demanuel D<sup>1</sup>, Novoa Carballal R<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital provincial Pontevedra. <sup>3</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.

### OBJETIVOS

El estudio de orina en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas es una prueba frecuentemente utilizada para descartar infección del tracto urinario (ITU) por diversos motivos de consulta, siendo el más importante la fiebre sin foco en el lactante. En un estudio retrospectivo realizado previamente en nuestro servicio, detectamos tiras reactivas normales en un 20% y sedimentos negativos en un 9,4% de pacientes con ITU confirmada microbiológicamente. La preocupación sobre este porcentaje de falsos negativos planteó realizar un estudio prospectivo sobre la correlación entre la tira reactiva de orina, el análisis del sedimento en laboratorio y el diagnóstico microbiológico de infección urinaria.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes menores de 15 años en los que se solicita tira reactiva y sedimento urinario simultáneamente, desde noviembre hasta diciembre de 2017.

### RESULTADOS

Se reclutaron 236 pacientes (53'8% varones) y 241 urianálisis. La mediana de edad fue de 17'5 meses. La fiebre fue el principal motivo de asistencia (54'7%), seguido de cuadro catarral (17'4%), vómitos (16'5%) y rechazo de ingesta (14'8%). Los métodos de recogida de orina fueron: bolsa colectora (50'4%), micción espontánea (36'4%) y sondaje vesical (11'9%). En 45 casos (19%) se envió urocultivo: 12 positivos a E.coli, uno a E.faecalis y otro a P.mirabilis. Hubo 192 (79'66%) tiras reactivas con resultado negativo para leucocitos. Correlacionando con el sedimento, 166 de ellas (86'4%) no tenían leucocituria; 23 (11'9%) tenían leucocitos aislados; y 3 (1'5%) tenían más de 10 leucocitos/campo. Esto permite a la tira reactiva descartar leucocituria significativa (definida como más de 10 leucocitos/campo) con una especificidad del 98'4% en nuestra muestra. De los 14 casos con ITU confirmada, 13 de ellos tenían positividad (++) o más en la tira reactiva, lo cual supone, con nuestros datos, una sensibilidad del 92'8%. En los pacientes que consultaron por fiebre (N=129), 106 tenían tira negativa a leucocitos. En 91 (85'8%) no hubo leucocitos en sedimento, en 13 (12'2%) leucocitos aislados, en 2 (1'8%) mas de 10 leucocitos/campo. Se observó tira reactiva de orina positiva a nitritos en 6 pacientes, siendo el análisis sistemático realizado posteriormente en laboratorio normal.

### CONCLUSIONES

El análisis de orina mediante tira reactiva es rápido, barato y viable con pequeñas cantidades de orina. Encontramos una buena correlación entre el resultado de leucocitos en la tira reactiva y el sedimento urinario, lo que supone una elevada sensibilidad y especificidad de esta prueba. Como limitación principal encontramos un bajo número de ITUs confirmadas microbiológicamente.

## **DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA**

Vila Díaz S<sup>\*1</sup>, Urricelqui Laparte G<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>, Escolar Martín J<sup>1</sup>, Santos Tapia M<sup>1</sup>, García Villar A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. CHUF.*

### **OBJETIVOS**

El déficit de alfa 1-AT es una enfermedad de herencia autosómica codominante, que condiciona un riesgo elevado de hepatopatía crónica en niños y de enfisema pulmonar en adultos. Se debe al déficit de alfa 1-AT, antiproteasa con efecto inhibitor sobre la elastasa de los neutrófilos, codificada por el gen SERPINA1. El fenotipo resulta de la expresión independiente de dos alelos, heredados cada uno de un progenitor, siendo el fenotipo normal MM, y las variantes S y Z deficitarias. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes diagnosticados de déficit de alfa 1-AT en nuestro hospital en los últimos 10 años.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de 33 casos diagnosticados de déficit alfa 1-AT, desde el año 2007 al 2017, en nuestro hospital. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad al diagnóstico, motivo de solicitud de alfa 1-AT, antecedentes familiares, datos de colestasis, valores de alfa 1-AT, fenotipo, ecografía abdominal, y espirometría.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 33 pacientes, de los cuales el 48% fueron niños y el 52% niñas, siendo la edad media de diagnóstico 4 años. Los motivos de solicitud de alfa 1 AT fueron diversos: colestasis neonatal, ictericia prolongada, broncoespasmo, estudios digestivos/alérgicos basales, estudios por antecedentes familiares... 3 de nuestros pacientes debutaron con patrón de colestasis neonatal (1 paciente con fenotipo ZZ y 2 MZ), presentando una evolución favorable, sin precisar tratamiento y con resolución del cuadro en el primer año de vida. 12 pacientes tenían antecedentes familiares de déficit alfa 1-AT. El fenotipo encontrado más frecuentemente fue SZ, el cual lo presentaban 13 de los 33 pacientes, siendo MZ el 27%, SS un 15%, ZZ un 12% , MS 1 paciente y PiDuarteZ otro paciente. Los valores de alfa 1-AT se correspondían con el fenotipo en todos los pacientes, excepto en un paciente con fenotipo SS, que presentaba valores de alfa 1-AT más bajos de lo esperado. Se realizó ecografía abdominal a 30 pacientes, y espirometría a 6, con resultados normales

### **CONCLUSIONES**

-El déficit de alfa 1- AT es una enfermedad infradiagnosticada en la edad pediátrica, ya que muchos de nuestros pacientes permanecen asintomáticos hasta la edad adulta. -La hepatopatía crónica es la forma más frecuente de presentación en la edad pediátrica, relacionada sobre todo con el fenotipo Z. -La afectación pulmonar es rara en la infancia, pero dada la repercusión en la edad adulta, es importante su diagnóstico temprano y así promover hábitos de vida saludables

## **UTILIDAD DE LA BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO**

Costa Posada U<sup>\*1</sup>, Táboas Ledo F<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>2</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Alvaro Cunqueiro.* <sup>2</sup>*Pediatría. Alvaro Cunqueiro.*

---

### **OBJETIVOS**

evaluar la correlación entre la bilirrubina sérica y la bilirrubina transcutánea medida en tórax descubierto y en área tapada por un parche foto-opaco, antes y durante el tratamiento con fototerapia, en neonatos a término y pretérmino

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

estudio descriptivo prospectivo de los neonatos ingresados en nuestro centro entre junio de 2016 y junio de 2017

### **RESULTADOS**

estudiamos 118 pacientes con una edad gestacional media de 37 semanas. Encontramos una buena correlación entre la bilirrubina sérica y la medida en tórax cubierto por parche antes del inicio del tratamiento y tras 24, 48 y 72 horas, con una diferencia media de +/- 2 puntos. En cambio observamos una pérdida de fiabilidad en la bilirrubina medida en tórax expuesto a la luz

### **CONCLUSIONES**

La medición de bilirrubina transcutánea con el bilirrubinómetro JM-105 es útil como método de screening para indicar el tratamiento con fototerapia en neonatos a término y pretérmino, así como para realizar el seguimiento posterior durante la misma. En el caso en el que una diferencia de 2-3 puntos suponga un cambio en la actitud terapéutica se recomienda confirmar el valor de bilirrubina transcutánea con una determinación analítica

## **TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN NIÑOS DE 4 A 18 AÑOS DE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO MEDIO ALTO.**

Díaz Esteban B<sup>\*1</sup>, Picáns Leis R<sup>1</sup>, González Fernández L<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>1</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>1</sup>, Leis Trabazo R<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Unidad de Gastroenterología, Hematología y Nutrición Pediátrica. Depto Pediatría. IDIS. Universidad De Santiago de Compostela.. Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

---

### **OBJETIVOS**

Dada la alta prevalencia de los Trastornos Gastrointestinales Funcionales (TGIF) publicada y las grandes diferencias entre los estudios, estudiamos su prevalencia en niños/as entre 4-18 años de nivel socio-económico alto de Santiago de Compostela y su relación con la edad y el sexo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Es un estudio descriptivo de corte transversal en 744 escolares. Se analizan las variables edad, sexo y presencia de TGIF mediante el "Cuestionario Roma III (QPGS-RIII)". Los datos se analizan con Statistix 9.Ink.

### **RESULTADOS**

El 32,4% de los niños y adolescentes presentan al menos un TGIF, siendo más prevalente en las niñas (35,4% vs 29,7%) y en el grupo de 12 a 18 años en relación con el de 4 a 11 años (32,8% vs 31,2%). El 11,02% presentan 2 o más TGIF. Los trastornos más prevalentes son el estreñimiento funcional (11,7%), la migraña abdominal (10,2 %) y la aerofagia (9,4%). Se observa además asociación significativa entre la aerofagia y la migraña abdominal, entre la aerofagia y el estreñimiento funcional y entre el intestino irritable alrededor o por debajo del ombligo y el estreñimiento funcional. Con respecto a las diferencias por edad, el estreñimiento funcional es el más frecuente en el grupo de 4 a 11 años, mientras que en el de 12 a 18 es la migraña abdominal. En relación con el sexo, en las niñas el TGIF más frecuente es la migraña abdominal (13,6%), seguida de la aerofagia y el estreñimiento funcional, ambos con una prevalencia del 9,6%. Mientras que en los niños el más frecuente es el estreñimiento funcional (13,6%), seguido de la aerofagia (9,2%) y la migraña abdominal (7,2%).

### **CONCLUSIONES**

La prevalencia de los TGIF en nuestra muestra es alta, sin diferencias significativas en función de la edad ni del sexo, aunque ligeramente superior en las niñas y en el grupo de 12 a 18 años. Los TGIF parecen asociarse, si bien la mayoría presentan un solo diagnóstico. Es necesario realizar más estudios para conocer los factores implicados y así establecer estrategias de intervención y prevención.

## HEMANGIOPERICITOMA. ¿SIGUE SIENDO UN TUMOR VASCULAR BENIGNO?

Vaqueiro Graña M<sup>\*1</sup>, Morellon Baquera R<sup>2</sup>, Mañas Uxo J<sup>3</sup>, Fernandez Eire P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro.

### OBJETIVOS

El hemangiopericitoma, aunque tradicionalmente se incluía dentro de los tumores vasculares, en la actualidad se incluye dentro de los tumores miofibroblásticos. Supone el 3% de los sarcomas de tejidos blandos y se origina en los pericitos vasculares de Zimmerman. La localización más frecuente es en extremidades inferiores seguida de cabeza, cuello, etc. Histológicamente se distinguen formas benignas, intermedias y malignas. En la infancia existe el tipo infantil, (12 meses). Existe una variante localizada en el tejido subcutáneo donde la resección quirúrgica es el único tratamiento necesario. Aunque se presenta normalmente como masa asintomática, puede dar clínica por compresión de estructuras vecinas y sangrado. La realización de ecografías prenatales permite identificar este tipo de lesiones y plantear protocolos previos al nacimiento, si se prevé que por su localización puedan poner en riesgo la vida del recién nacido (RN). Una vez diagnosticado, el tratamiento de elección es la cirugía mediante resección completa. El diagnóstico definitivo es histológico con el hallazgo de células fusiformes alrededor de los vasos con distribución en "astas de ciervo". La cirugía es siempre el tratamiento de elección, siendo curativa en el tipo infantil. En la forma adulta, cuando existen lesiones irresecables o los márgenes quirúrgicos son positivos se utiliza quimioterapia como coadyuvante.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una RN a término (38 + 3) mediante parto eutócico con un peso de 3090 g. Se detecta en la exploración una tumoración laterocervical izquierda de consistencia gomosa, delimitada, posterior al músculo esternocleidomastoideo de 2x2 cm, parcialmente movilizable y no diagnosticada en ecografías prenatales. Se realiza ecografía y resonancia que describen una masa laterocervical izquierda predominantemente sólida, estableciendo como diagnósticos posibles teratoma inmaduro, tumoración de estirpe fibrosa, sin descartar otras posibilidades. Se realizan marcadores tumorales con elevación de enolasa neuronal específica y alfa-feto proteína. Se procede a la resección quirúrgica y al examen histopatológico que confirma tumor miofibroblástico (HPC like) con crecimiento intravascular.

### CONCLUSIONES

El hemangiopericitoma es un tumor mesenquimal infrecuente, de difícil diagnóstico por su rareza y su conducta similar a otras tumoraciones, más frecuentes en niños. Es importante tener en mente este tumor en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de partes blandas de prácticamente cualquier localización, de cara al diagnóstico precoz y adecuado abordaje quirúrgico. El diagnóstico definitivo se obtiene tras estudio anatomopatológico. Es esencial llevar a cabo una resección oncológica completa, principal factor pronóstico que determina la evolución a largo plazo.

## ESTUDIO DE INACTIVACIÓN E HIPERSENSIBILIDAD A ASPARRAGINASA EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Vaqueiro Graña M<sup>\*1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Illade Quinteiro L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

### OBJETIVOS

La leucemia aguda linfoblástica es la neoplasia infantil más frecuente con una tasa de curación de más del 85% de los pacientes tratados. La L-asparraginasa es uno de los pilares de su tratamiento y, desde su introducción, los intervalos libres de enfermedad han incrementado significativamente. Los principales efectos secundarios son las reacciones inmunes de hipersensibilidad, neutralización de la L-asparraginasa con síntomas clínicos, y la inactivación silente, que consiste en la neutralización de la L-asparraginasa sin síntomas clínicos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda en nuestro centro. Se midieron los niveles de actividad de L-asparraginasa y la prevalencia de hipersensibilidad e inactivación silente. Se realiza la medición en el momento en el que desde el Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular ponen a nuestra disposición el programa Padnaas (Programa de Ayuda para la Determinación de Niveles de Actividad de las Asparraginasas) Se estudia: edad, sexo, tipo de leucemia y estadiaje, momento de medición de la actividad, niveles de actividad de la enzima, presencia de reacción de hipersensibilidad e inactivación silente.

### RESULTADOS

Se siguieron un total de 16 pacientes con Leucemia Aguda Linfoblástica desde diciembre de 2015 hasta el momento actual. La mayoría de ellos varones (75%), con edades comprendidas entre los 2 y los 16 años. La leucemia más predominante fue la tipo B de riesgo intermedio (56,3%), así como, un porcentaje importante de alto grado (25%). En nuestra serie solo había un caso de leucemia aguda linfoblástica tipo T. La medición de la actividad enzimática se produjo en distintos momentos según el paciente. De los 16 pacientes, 3 presentaron reacciones de hipersensibilidad (18,8%) y 2 inactivaciones silentes (12,5%). En los 5 casos la detección tuvo lugar en la fase de mantenimiento. En los dos casos con inactivación silente y en uno de los casos con reacción de hipersensibilidad se cambió el tipo de formulación de la enzima para evitar la reactividad cruzada y mejorar el devenir de la enfermedad.

### CONCLUSIONES

La L-asparraginasa es el tratamiento fundamental de la leucemia aguda linfoblástica. A pesar de que en nuestro estudio manejamos una pequeña muestra, donde la monitorización terapéutica de la enzima no se ha realizado según medidas estandarizadas, se han evidenciado 3 reacciones de hipersensibilidad y 2 inactivaciones silentes. Dado la importancia pronóstica, serían necesarios estudios más amplios para definir un protocolo estandarizado



## EXTROFIA VESICAL DE DIAGNÓSTICO POSTNATAL

Antuña Fernández M\*<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Pérez Pacin R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría y Áreas específicas. Hospital Lucus Augusti.*

---

### OBJETIVOS

La extrofia vesical es una anomalía congénita consistente en un defecto de la pared abdominal inferior y un cierre incompleto de la vejiga quedando su mucosa expuesta. Tiene una baja incidencia (3-5/100.000) siendo más frecuente en varones. Forma parte del complejo extrofia-epispiadias, cuyo espectro clínico abarca desde el epispiadias hasta la extrofia cloacal. El tratamiento es quirúrgico, en varios tiempos, siendo recomendable el cierre vesical en las primeras 48 horas de vida. Previo a la cirugía es importante limitar los traumatismos en la mucosa de la vejiga y la uretra, por lo que recomienda reemplazar la pinza de plástico del cordón por una seda suave y proteger la mucosa expuesta.

### CASO CLÍNICO

Recién nacido varón de 40+2 semanas, primera gestación de una madre de 32 años, sana. Buen control gestacional. Diagnóstico en ecografías antenatales de CIR tipo I con alteración doppler desde primer trimestre con crecimiento fetal en p3, sin alteraciones morfológicas significativas hasta detección en tercer trimestre de dudoso hipospadias y micropene. Nace mediante parto vaginal un recién nacido de 2775 gr (p10-50), Apgar 8/10. En la exploración física se observan genitales masculinos con epispiadias completo y eventración de vejiga urinaria, con implantación baja del cordón umbilical. No criptorquidia ni otras alteraciones significativas en la exploración. Se completa estudio con radiografía de pelvis observándose diástasis de la sínfisis púbica. Ecografía abdominal sin alteraciones. Los valores al nacimiento de urea, creatinina y proteínas en orina resultaron normales. Con diagnóstico de complejo extrofia-epispiadias se deriva a centro de referencia para tratamiento quirúrgico.

### CONCLUSIONES

A menudo el diagnóstico de extrofia vesical se realiza en periodo fetal con los controles ecográficos habituales. En determinados casos, puede ser necesaria la confirmación mediante resonancia magnética fetal. En los pacientes en los que exista una sospecha prenatal de extrofia vesical se recomienda programar el parto en un centro que disponga de servicio de cirugía pediátrica para coordinar la evaluación perioperatoria y la reparación quirúrgica. En casos como el nuestro, en el que no existe sospecha prenatal, el diagnóstico se lleva a cabo con la simple inspección. Esto nos hace recordar la importancia de la valoración por parte de personal entrenado de todo neonato en el momento del nacimiento, incluso durante el piel con piel, tanto para comprobar una adecuada transición de la vida fetal a la neonatal como para descartar alteraciones en la exploración física que requieran una actuación rápida.

## NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2 DE APARICIÓN EN EDAD PEDIÁTRICA: PRIMEROS SIGNOS Y SÍNTOMAS

Antuña Fernández M<sup>\*1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>2</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Pérez Pacin R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti. <sup>2</sup>Pediatría y Áreas específicas. Hospital Universitario Lucus Agustí.

### OBJETIVOS

La Neurofibromatosis tipo 2 (NF2) es un trastorno neuroectodérmico de herencia autosómica dominante causado por mutaciones en el cromosoma 22q12.2, lo que genera una disminución de la proteína schwannomina que funciona como supresor tumoral. Esto condiciona una predisposición a desarrollar a múltiples tumores del sistema nervioso central y periférico. Se asocia también con alteraciones oculares y cutáneas. La incidencia de la NF2 se estima en 1/33.000 recién nacidos con una edad media de comienzo entre los 18 y 24 años.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad sin antecedentes familiares ni perinatales de interés, que acude a los 9 años de edad por sospecha de estrabismo a la consulta de oftalmología, confirmándose endotropía por paresia del VI par derecho y membranas epiretínicas maculares y fibrosis. En seguimiento en neuropediatría desde los 10 años por displasia cortical que no asocia epilepsia y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Valorado en dermatología por lesiones a nivel dorsolumbar y hombro derecho papulotuberosas ligeramente pigmentadas y de consistencia elástica. Una de ellas es biopsiada con el diagnóstico histopatológico de schwannoma. Con la sospecha de NF 2 se realiza RM cerebral y medular con gadolinio detectándose schwannomas vestibular y trigeminal bilaterales, facial derecho y lesiones de aspecto glial intramedulares en C2 y C6-C7. Genéticamente se confirma una mutación truncante en gen NF2. No asocia disminución de la audición. Actualmente estable y en tratamiento con Bevacizumab.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico de NF2 en edad pediátrica es muy poco frecuente. Las manifestaciones iniciales, a diferencia del adulto, son las alteraciones cutáneas y oculares sin problemas de audición. El avance en las opciones terapéuticas, que van más allá de una cirugía agresiva y radioterapia nos obligan a mantenernos alerta ante un paciente con una clínica compatible para optimizar un diagnóstico precoz. Las perspectivas de Bevacizumab como modulador de la enfermedad nos hacen ser optimistas. Bevacizumab se ha demostrado eficaz en un porcentaje significativo de pacientes para frenar el crecimiento tumoral, sobre todo de la afectación de los nervios vestibulares, siendo la eficacia en otras lesiones algo más reducida.

## ENTEROPATÍA PIERDEPROTEÍNAS COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA

Antuña Fernández M<sup>\*1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, Garcia Plata G<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Fernandez Cepero L<sup>1</sup>, Pérez Pacin, R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La enfermedad celiaca es un desorden sistémico inmunomediado provocado por el gluten en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por síntomas gluten-dependientes, presencia de anticuerpos específicos, haplotipos HLA DQ2 y/o DQ8, y diferentes grados de enteropatía, en algunos casos muy grave, lo que favorece una malabsorción de nutrientes. Actualmente es la enfermedad infamatoria intestinal crónica más frecuente, con una prevalencia estimada de entre el 0,5-1% que en los últimos años se ha incrementado gracias en parte a la alta especificidad y sensibilidad de las nuevas pruebas diagnósticas.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de astenia, anorexia, dolor tipo cólico puntual tras la ingesta y edemas en miembros inferiores de aparición en 48 horas. En resultados analíticos iniciales presenta hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia y ferropenia marcada sin anemia. Tras descartar proteinuria y hepatopatía como causas de hipoalbuminemia se decide realización de serología para celiaquía ante la sospecha de enteropatía pierdeproteínas obteniendo unos valores de anticuerpos IgA antitransglutaminasa de 2620 U/ml, anticuerpos Gliadin DP IgG 25, anticuerpos Antendomiso 280 y positividad para el HLA DQ2. Actualmente, tras la retirada del gluten de la dieta, se encuentra libre de síntomas con mejoría clínica notable y normalización de los niveles de proteínas.

### CONCLUSIONES

En el diagnóstico de enfermedad celiaca se establece con la biopsia intestinal, en la que aparecen distintos grados de atrofia vellositaria e hiperplasia de criptas. En el 20% la EnSPGHAN estableció unos criterios, que en caso de presentarlos en su totalidad podríamos obviar la biopsia: Síntomas sugerentes, anticuerpos Antitransglutaminasa IgA  $\geq 10$  veces superior al valor de referencia, anticuerpos Antendomiso positivos y presencia de HLA DQ2 y/o DQ8 con valores IgA total normal. Los niños diagnosticados en los primeros años de vida suelen presentar síntomas intestinales y retraso del crecimiento, en cambio en momentos posteriores a la infancia aumenta la prevalencia de los síntomas extraintestinales, siendo los edemas uno de los signos de presentación en adultos. Con este caso queremos resaltar la importancia de pensar en la enfermedad celiaca ante cuadros de hipoproteinemia una vez descartadas otras causas ya que como hemos expuesto anteriormente cada vez es más frecuente diagnosticar niños de enfermedad celiaca con síntomas no clásicos.

## ENFERMEDAD CELÍACA EN EL NIÑO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO.

Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Cagide González L<sup>1</sup>, González Fernández L<sup>1</sup>, Díaz Esteban B<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>2</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Leis Trabazo R<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. <sup>3</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología

### OBJETIVOS

Evaluar el papel que determinados antecedentes, características clínicas o epidemiológicas han podido tener en el desarrollo de enfermedad celíaca en niños genéticamente predispuestos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo a 224 pacientes pediátricos diagnosticados en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela entre enero de 2011 y diciembre de 2017. Se recogieron de las historias clínicas datos epidemiológicos (sexo, tipo de nacimiento, edad al diagnóstico, antecedente de vacunación frente al Rotavirus, edad de introducción del gluten, tipo de lactancia recibida y antecedentes familiares de primer y segundo grado de enfermedad celíaca) y antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal).

### RESULTADOS

El 59% de la muestra fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 4.66 años. El 93% presentaba sintomatología al diagnóstico. De la muestra, el 67.4% de los pacientes estaban en rango de normopeso al diagnóstico, el 17.8% de desnutrición, el 11.6% de sobrepeso y el 2.7% de obesidad. El 15% de ellos nació mediante cesárea. El 54% recibió lactancia materna durante más de un mes. El 9.4% tenía antecedentes familiares de primer grado de enfermedad celíaca. La media de edad a la que se introdujo el gluten fue 7.2 meses. El 60% no había sido vacunado del Rotavirus.

### CONCLUSIONES

La enfermedad celíaca es más frecuente en el género femenino, diagnosticándose cada vez en edades más tempranas. La mayor parte de los pacientes presentan síntomas en el momento del diagnóstico. El porcentaje de pacientes con desnutrición al diagnóstico supera al porcentaje de desnutrición en población pediátrica no celíaca; aunque ningún estado nutricional debe excluir la sospecha de la patología. No hay evidencia suficiente para considerar el nacimiento por cesárea un factor de riesgo ni la lactancia materna un factor protector. Sin embargo, los antecedentes familiares sí pueden considerarse factor de riesgo. La edad de introducción del gluten no tiene relación con la aparición de la enfermedad. El rotavirus podría ser factor de riesgo, hecho que se apoya en literatura reciente, por lo que podría considerarse la vacuna frente al mismo como factor protector; si bien es cierto que debemos tener más evidencia que apoye esta hipótesis para poder afirmarla.

## TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN EN NIÑOS INTERVENIDOS DE ATRESIA ESOFÁGICA

Picáns Leis R<sup>\*1</sup>, Bautista Villanueva S<sup>2</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>3</sup>, García Palacios M<sup>3</sup>, Méndez Gallart, R<sup>3</sup>, Estévez Martínez E<sup>3</sup>, Bautista Casasnovas A<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Alergia e Inmunología Clínica. Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

---

### OBJETIVOS

Estudiar los aspectos quirúrgicos, evolutivos, las complicaciones y aquellos aspectos relacionados con la estancia hospitalaria en una serie de pacientes tratados de atresia esofágica-fístula traqueoesofágica (AE-FTE).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes intervenidos de AE-FTE.

### RESULTADOS

Se intervinieron 21 pacientes (14 Varones / 7 Mujeres), 18 presentaban AE-FTE tipo III, 2 tipo IV y 1 tipo V. El 90.4% de los pacientes fueron intervenidos en los primeros 5 días de vida. El 23.8% presentaron complicaciones preoperatorias. Complicaciones postoperatorias surgieron en el 71.4% de los pacientes, siendo la más frecuente la infección (71.4%), seguida de reflujo gastroesofágico residual (52.4%). La estancia media hospitalaria global de los pacientes fue de 64.21±40.67 días frente a 36.60±13.92 del porcentaje que no presentó complicaciones. Se relacionó el mayor tiempo de ingreso con la mayor tasa de complicaciones, la menor edad gestacional y menor peso al nacimiento. La supervivencia fue del 100%.

### CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes presentaban una AE-FTE con fístula distal, pertenecían al grupo B de riesgo de Spitz y asociaban otra malformación, mayoritariamente cardíaca. Las complicaciones fueron 23,8% preoperatorias y 71,4% postoperatorias. Más del 90% fueron intervenidos tempranamente mediante toracotomía extrapleural. Cuatro pacientes fueron reintervenidos: 2 por recurrencia de la FTE y 2 por RGE, 5 niños fueron dilatados. La estancia hospitalaria se relaciona con la tasa de complicaciones, el peso al nacimiento y la edad gestacional. No hubo mortalidad en la serie. La AE-FTE presenta actualmente altas tasas de supervivencia, pero con frecuentes complicaciones a corto y largo plazo.

## HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA

Niño Grueiro I\*<sup>1</sup>, Rodríguez de la Riva P<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Rendo Vázquez A<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>2</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

La hernia diafragmática congénita suele ser diagnosticada en el periodo antenatal o neonatal inmediato, sin embargo en un 5-20% se presenta de forma tardía, con sintomatología respiratoria (neumonía, neumotórax, derrame pleural) o gastrointestinal (dolor abdominal, vómitos), o como hallazgo radiológico incidental.

### CASO CLÍNICO

Caso 1: Lactante de 7 meses con antecedentes perinatales sin interés, intervenido a los 4 meses de vida de escafocefalia que acude a Urgencias por tos, dificultad respiratoria y rechazo de la ingesta de 24 horas de evolución. En la exploración presenta buen estado general, taquipnea, tiraje subcostal, auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, con buena entrada de aire bilateral y subcrepitantes en ambas bases. Sat O<sub>2</sub> de 96%. Se decide ingreso para tratamiento con Salbutamol nebulizado y Metilprednisolona iv presentando una mejoría inicial con desaparición del distrés y disminución de los crepitantes, apreciándose el tercer día de ingreso hipoventilación en hemitórax izquierdo y leve quejido coincidente con la actividad. Se realiza un radiografía de tórax donde se halla una opacidad en hemitórax izquierdo con elevación de diafragma ipsilateral compatible con atelectasia y desplazamiento de mediastino hacia la derecha. Ante la sospecha de patología ocupante de espacio se decide realización de TC que confirma la presencia de hernia diafragmática posterolateral izquierda.

Caso 2: Acude a Urgencias una lactante de 3 meses con antecedentes perinatales sin interés, a tratamiento con Esomeprazol por RGE desde los 2 meses y con Salbutamol desde hace 3 días cuando fue dada de alta tras ingreso durante 11 días por neumonía basal bilateral y bronquiolitis. Presenta tos y dificultad respiratoria progresiva de 24 horas de evolución que se acompaña de un vómito aislado y que no responde a Salbutamol. No refieren otra sintomatología, permanece afebril en domicilio, manteniendo adecuada ingesta. En la exploración presenta taquipnea de 80rpm, leve tiraje subcostal e hipoventilación, manteniendo saturación de O<sub>2</sub> del 100%. Se realiza una radiografía de tórax que objetiva elevación del hemidiafragma derecho posterior. Ante los hallazgos se realiza ecografía de tórax y se decide ingreso, completándose posteriormente estudio con TC que confirma la sospecha de hernia diafragmática posterior derecha.

### CONCLUSIONES

En la mayoría de casos la sintomatología se resuelve tras un tratamiento quirúrgico dirigido. Debemos pensar en una posible hernia congénita ante un paciente con clínica respiratoria o gastrointestinal que no responda a tratamientos dirigidos, realizando los estudios necesarios en búsqueda de un diagnóstico precoz que reduzca el riesgo de complicaciones.

## **SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS**

Fernández Cepero L<sup>\*1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, García-Plata González C<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es una alergia alimentaria no IgE mediada que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal. Su presentación puede ser aguda (vómitos, palidez, afectación del estado general) o crónica (vómitos intermitentes, diarrea sanguinolenta, fallo de medro precoz). Las pruebas de laboratorio son inespecíficas, siendo su diagnóstico clínico.

### **CASO CLÍNICO**

Recién nacido pretérmino de 32 + 4 semanas que recibe nutrición parenteral desde el nacimiento y desde las 24 horas de vida, lactancia materna. A los 4 días de vida presenta episodio compatible con enterocolitis necrotizante (ECN) grado IB de Bell, que llama la atención debido a su precocidad. Mejoría clínica tras dieta absoluta y antibioterapia, permitiendo reintroducción de nutrición enteral progresiva. Presenta dos episodios similares a los 15 y 28 días de vida, destacando en éste último alteraciones analíticas compatibles con enteropatía pierde-proteínas. Ante la sospecha de FPIES, se inicia alimentación con fórmula hidrolizada presentando mejoría parcial, decidiéndose sustitución por fórmula elemental con adecuada respuesta y resolución del cuadro. Neonato de 8 días de vida, alimentado con lactancia materna exclusiva, que presenta desde los 4 días de vida deposiciones con sangre, sin otra clínica, que aumentaron en frecuencia y cantidad, sin recuperación de peso al nacimiento. Se realizaron analíticas y cultivos, que fueron negativos. Ingresa con fluidoterapia y lactancia materna con dieta materna exenta de proteínas de leche de vaca. Empeoramiento a los 3 días, con aspecto séptico, hipoalbuminemia y elevación de reactantes de fase aguda, iniciándose antibioterapia y dieta absoluta. Mejoría clínica tras 24 horas, reiniciándose alimentación enteral con fórmula hidrolizada. Buena evolución posterior, recuperando el peso al nacimiento a los 16 días de vida. Reingresa 5 días después por vómitos, aspecto distrófico y palidez cutánea. En la analítica destaca hemoglobina 9,5 g/dl. Se establece dieta absoluta y nutrición parenteral y transfunde concentrado de hematíes. Con 29 días de vida se reinicia alimentación con fórmula elemental, con buena evolución y completa resolución.

### **CONCLUSIONES**

La clínica del FPIES puede confundirse con otras patologías, como la ECN o infecciones en prematuros y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en lactantes con diarrea y/o retraso ponderal. Es importante un alto grado de sospecha ante una clínica compatible. Pueden causarlo múltiples alimentos, aunque la leche es uno de los más frecuentes, siendo raro en niños alimentados con lactancia materna así como la falta de respuesta a hidrolizados precisando fórmulas elementales.

## NEUROFIBROMATOSIS TIPO I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GENÉTICAS

Fernández Cepero L\*<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La neurofibromatosis tipo I (NFT1) es la enfermedad neurocutánea más frecuente. De herencia autosómica dominante, aproximadamente la mitad de los casos son familiares, siendo la otra mitad debidos a mutaciones de novo. El objetivo de la presente revisión es identificar los pacientes en edad pediátrica con el diagnóstico de NFT1 seguidos en nuestra área sanitaria y determinar las características clínicas y genéticas en cada caso.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo entre los años 2003 y 2017. Se incluyeron los pacientes con NFT1 seguidos en Consulta de Neuropediatría con recogida y análisis descriptivo de sus datos clínicos y genéticos.

### RESULTADOS

Se identificaron un total de 16 casos. La edad media al diagnóstico fue de 3 años y 3 meses. Encontramos manchas café con leche en el 100% de los pacientes, efélides axilares o inguinales en un 75%, neurofibromas en el 6,25%, en un 12,5% neurofibroma plexiforme y en un 6,25% glioma óptico. No se identificaron lesiones óseas. En un 50% de los pacientes se encontraron nódulos de Lisch y en otro 50% existían antecedentes familiares, desconociéndose este dato en un paciente por ser una fecundación in vitro con doble donación. Un 25% de los pacientes cumplían 2 criterios diagnósticos, un 37,5% cumplen 3 criterios y un 31,25% presentan 4 criterios. Un paciente presentaba únicamente un criterio confirmándose el diagnóstico mediante estudio genético con hallazgo de una mutación conocida para NFT1. En nuestra serie de pacientes encontramos además crisis en un 18,75%, tumores en un 6,25% y TDAH en un 31,25% de los pacientes. En las RMN realizadas, se encontraron alteraciones compatibles con NFT1 en un 68,75% de los casos. Se realizó estudio genético al 68,75%, siendo positivo en el 81,8% de los pacientes estudiados.

### CONCLUSIONES

Observamos como criterio más prevalente las manchas café con leche y las efélides, seguido de los nódulos de Lisch, resultados coherentes con los hallazgos de estudios similares. Sin embargo, en nuestra serie objetivamos una baja frecuencia de neurofibromas y gliomas ópticos con respecto a otros estudios. Es necesario conocer el espectro clínico de la NFT I y la posibilidad del estudio genético para poder avanzar en el diagnóstico precoz de esta enfermedad con el objetivo de disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.



## SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A CRIOPIRINA

Niño Grueiro I<sup>\*1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Almuiña Simón C<sup>1</sup>, Calviño Costas C<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

Los síndromes hereditarios de fiebre periódica son un subgrupo de enfermedades autoinflamatorias causados por mutaciones a nivel del inflamasoma caracterizados por fiebre recurrente, lesiones cutáneas y afectación articular. Se clasifican en función de la mutación y de la clínica en fiebre mediterránea familiar, síndromes periódicos asociados a criopirina, síndrome periódico asociado al receptor TNF y síndrome de hipergammaglobulinemia D. Los CAPS se deben a mutaciones en el gen NLRP3, que codifica una proteína denominada criopirina que forma parte del inflamasoma. Engloba tres entidades clínicas heterogéneas: la forma más leve, FCAS (síndrome autoinflamatorio familiar inducido por el frío), el síndrome de Muckle-Wells, de severidad intermedia, y la forma más grave, la enfermedad multisistémica inflamatoria de inicio neonatal (NOMID).

### CASO CLÍNICO

Niña de 2 años ingresada por fiebre y vómitos en contexto de celulitis preseptal y otitis media aguda, que presenta neutropenia inicial de 0,7mil/mc con PCR de 238mg/L, objetivándose una disminución hasta 0,3mil/mc el 5º día de ingreso. Autoinmunidad, serologías y cultivos negativos. Reingresa a los dos meses por fiebre en contexto de enteritis por *C. difficile*, presentando a su llegada 2mil/mc neutrófilos y 0,2mil/mc en analítica de control previa al alta. Se rota antibioterapia en tres ocasiones por persistencia de la fiebre. Se repiten estudios de autoinmunidad y serológicos con resultados negativos. Proteninograma y médula ósea normales. Reingresa en dos ocasiones más por fiebre persistiendo neutropenia severa y elevación de reactantes de fase aguda con mala respuesta a antibióticos. Durante el seguimiento se descarta neutropenia congénita mediante estudio genético que resulta negativo. Ante la sospecha de un síndrome autoinflamatorio se solicita estudio genético que detecta una mutación en el gen NLRP3 relacionado con el CAPS. Tras el diagnóstico presenta neutropenia intermitente que se acompaña de fiebre y que responde inicialmente a corticoides. A los 5 años ingresa nuevamente por fiebre que no responde a antibioterapia ni a corticoterapia por lo que se decide tratamiento con Canakinumab.

### CONCLUSIONES

En casos de fiebre recurrente, una vez descartada etiología infecciosa, autoinmunidad o neoplasia siempre hay que pensar en las enfermedades autoinflamatorias. Suele existir solapamiento de las entidades clínicas del CAPS haciendo difícil su diagnóstico, como ocurre en este caso. Se ha demostrado la efectividad de nuevas terapias individualizadas y del uso de anticuerpos monoclonales anti IL-1 como el Canakinumab, en la prevención y la disminución de la sintomatología, reduciendo significativamente los niveles de inflamación.

## ALBINISMO OCULOCUTÁNEO TIPO 7: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y GENÉTICA

Liñares Nistal P\*<sup>1</sup>, Fernández Soto Z<sup>1</sup>, Costa Posada U<sup>1</sup>, Portugués de la Red M<sup>1</sup>,  
Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

---

### OBJETIVOS

El albinismo oculocutáneo (OCA) es un grupo de trastornos genéticos raros de la biosíntesis de melanina heredados en un patrón autosómico recesivo. Todos ellos comparten hipopigmentación más o menos marcada en piel, cabello y ojos, así como alteraciones oculares. Actualmente se reconocen siete tipos de OCA no sindrómicos causados por mutaciones en diferentes genes, numerados del 1 al 7. Las últimas formas de albinismo (OCA5, OCA6 y OCA7) se identificaron entre el año 2012 y 2013, aunque su prevalencia y su espectro fenotípico aún no se han descrito por completo. El albinismo oculocutáneo tipo 7 (OMIM 615179), se asocia con mutaciones en el gen C10orf11 (LMRDA) localizado en el cromosoma 10q22.2-q22.3, implicado en la diferenciación de los melanocitos, hasta el momento identificado en una familia de las Islas Feroe y en un individuo lituano. Presentamos el caso de una nueva mutación en el gen LMRDA, no descrita hasta el momento, en una niña con albinismo oculocutáneo clínico.

### CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses de edad, con padres no consanguíneos, sin antecedentes familiares de interés, que acude a nuestro servicio de urgencias por detectar en consulta de salud un nistagmo horizontal. Los progenitores referían alteraciones de la movilidad ocular desde el nacimiento, con tendencia a la supravversión de la mirada para la fijación de la misma y fotofobia. Fenotípicamente, la niña presentaba un fototipo de piel tipo 1; cabello, cejas y pestañas amarillo-pajizos e iris azul. En el examen oftalmológico se confirma una transluminación del iris. Se decide ingreso hospitalario para completar estudio que incluyó pruebas de laboratorio ordinario, estudio inmunológico con subpoblaciones linfocitarias y estudio neurofisiológico (PEV) sin evidencia de alteraciones significativas; así como estudio genético que detectó mutación en homocigosis del gen LMRDA, variante: NM\_032024.3:c.356A>T, p.(Asp119Val), (chr10:77818465).

### CONCLUSIONES

Ante un lactante con hipopigmentación oculocutánea y nistagmus es importante pensar en un posible OCA. Si tenemos una elevada sospecha diagnóstica, el estudio genético es decisivo para confirmar y clasificar el tipo de OCA debido a la superposición existente entre las diferentes formas de presentación clínica. La variante presentada por nuestra paciente no ha sido descrita hasta el momento asociada a ningún fenotipo, aunque las predicciones in silico de su efecto indican patogenicidad. La genética molecular es determinante para identificar nuevas mutaciones que de forma predictiva pudieran resultar patológicas y así ayudar a establecer medidas preventivas y asesoramiento genético

## ENFERMEDAD NEONATAL POR ENTEROVIRUS

Juberias Alzueta C\*<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Vázquez López M<sup>1</sup>, Rodríguez de la Riva P<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

La incidencia de enfermedad neonatal por enterovirus puede alcanzar hasta a un 12,8% de los neonatos. Más frecuente en los meses de verano, puede cursar de forma leve o grave con riesgo vital, sobre todo en las dos primeras semanas de vida. Frecuentemente cursa con síntomas que incluyen fiebre, irritabilidad, anorexia, diarrea y exantema cutáneo. Los casos graves pueden asociar sepsis, miocarditis, neumonía, coagulopatía o meningitis. En España el enterovirus es causante del 3% de los casos de meningitis neonatal.

### CASO CLÍNICO

Neonato de 15 días de vida sin antecedentes perinatales ni personales de interés salvo madre portadora de estreptococo del grupo B con profilaxis antibiótica incompleta, y un ingreso a los 8 días de vida por atragantamiento en relación con regurgitación. Acude por fiebre e irritabilidad de 12 horas de evolución sin otra clínica asociada. Refieren cuadros catarrales febriles en varios familiares. La exploración física fue normal salvo temperatura rectal de 39°C. Se recogieron cultivos y se realizó hemograma y bioquímica sérica con resultado normal. La bioquímica del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue normal (2células/microlitro). Se decide ingreso e inicio de antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina intravenosas. Durante el ingreso la fiebre se mantuvo 48 horas, asociando deposiciones semilíquidas el primer día y un exantema macular en tórax y raíz de los miembros en su segundo día de ingreso. El hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y cultivo de LCR fueron negativos. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para enterovirus resultó positiva en LCR y exudado faríngeo por lo que se suspendió la antibioterapia. Fue dado de alta a los 20 días de vida con exploración física normal y con seguimiento ambulatorio en consultas externas de Neuropediatría.

### CONCLUSIONES

La enfermedad enterovirus puede cursar de forma grave y con normalidad en el resultado de las pruebas complementarias, incluyendo la ausencia de pleocitosis en el LCR, sobre todo en el periodo neonatal. La reacción en cadena de la polimerasa en el LCR ha demostrado ser un método altamente específico, sensible y rápido. Podemos concluir que la enfermedad por enterovirus es una entidad que hay que tener en cuenta en neonatos febriles a pesar de la normalidad analítica pudiendo presentarse complicaciones asociadas y riesgo potencial de secuelas a largo plazo, lo que hace necesario el seguimiento del desarrollo de estos niños.

## NEUROBORRELIOSIS PEDIÁTRICA

Guerra Buezo B<sup>\*1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Fernández Cepero L<sup>1</sup>, Cupido Mateos ML<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

La enfermedad de Lyme es una infección causada por la espiroqueta *Borrelia Burgdorferi*, transmitida por la mordedura de la garrapata dura del género *Ixodes ricinus*. Nuestro objetivo es identificar los casos de neuroborreliosis en edad pediátrica en nuestra área sanitaria entre los años 2006-2017.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los casos de enfermedad de Lyme en edad pediátrica con afectación del sistema nervioso en los últimos 10 años.

### RESULTADOS

En nuestro estudio se puede observar como el 50% de los pacientes recordaban el antecedente de picadura de garrapata. Solo el 33% de los casos presento eritema migrans, manifestación cutánea patognomónica de la enfermedad de Lyme. La meningitis fue la manifestación neurológica más frecuente, presentándose en un 83% de los pacientes frente a la parálisis facial periférica que apareció en el 50% de los casos. Todos los pacientes recibieron ceftriaxona intravenosa durante 14 días, siendo el antibiótico de elección en casos de afectación del sistema nervioso central. En el 100% de los casos el tratamiento intravenoso fue efectivo pues ninguno de los pacientes presento manifestaciones propias de la fase tardía de la enfermedad. Ante una sospecha de enfermedad de Lyme se deberán recoger serologías, si estas son positivas, y se constata una afectación de pares craneales, se deberá realizar una punción lumbar con el fin de descartar afectación meníngea. Es característico encontrar un LCR con moderada celularidad de predominio linfocitario pero con elevada proteinorraquia.

### CONCLUSIONES

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

## **PARTICULARIDADES DE LA COJERA EN PEDIATRÍA: UNA PRESENTACIÓN INSIDIOSA PUEDE CONSTITUIR UNA VERDADERA URGENCIA.**

Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Almuíña Simón C<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

---

### **OBJETIVOS**

La cojera y el dolor en las extremidades inferiores son unos de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. Aunque la mayoría de estos episodios son benignos y autolimitados, en ocasiones se requiere la ampliación de estudios para llegar al diagnóstico y prevenir secuelas permanentes en huesos en desarrollo.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 10 años y 6 meses que ingresa por dolor en muslo y cojera izquierda de un mes de evolución, que empeora con el ejercicio y mejora en reposo. En consultas previas se objetivó un pequeño derrame articular de cadera izquierda, sin visualizarse patología ósea en la radiografía. Entre los antecedentes personales destaca mielorradiculitis en L5-S2 en posible relación con infección por virus Epstein Barr hacía un año. En la exploración física se aprecia marcha con discreta cojera izquierda, limitación de la abducción y rotación interna de cadera izquierda además de dolor con la flexión de cadera. Consigue marcha en punta en miembro inferior derecho y no en miembro izquierdo, los reflejos rotulianos son vivos y el aquileo derecho está abolido (secuela de mielorradiculitis) Se realiza analítica con parámetros de autoinmunidad y reactantes de inflamación (PCR 3.2 mg/L y VSG 28 mm), además de test de Mantoux, con resultado negativo. En la radiografía de cadera no se observan hallazgos y en la ecografía se aprecia líquido articular izquierdo. La resonancia magnética revela ensanchamiento e irregularidad de fisis de la cadera izquierda, edema del cuello femoral y moderado derrame de cadera izquierda. Ante los hallazgos compatibles con epifisiolisis de cadera, es intervenida por el Servicio de Traumatología sin incidencias, con recuperación progresiva de movilidad de cadera simétrica e indolora.

### **CONCLUSIONES**

Ante cojera y dolor de características mecánicas siempre debemos realizar una anamnesis completa y descartar la posibilidad de fractura, aunque no exista un antecedente de traumatismo claro, sobre todo en la adolescencia. El desprendimiento epifisario o epifisiolisis de cabeza femoral es una patología que debemos diagnosticar de forma urgente. Su baja prevalencia y la clínica insidiosa de presentación (dolor inespecífico referido al muslo), hacen que el diagnóstico se retrase en muchas ocasiones. Su evolución natural sin tratamiento puede comprometer seriamente la función articular. Por ello, para aproximar el diagnóstico y evitar complicaciones, son útiles la ecografía y la resonancia magnética nuclear cuando la radiografía es normal.

## DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE LA PRESENCIA DE GENITALES AMBIGUOS EN NEONATOLOGÍA

Pena Gil P\*<sup>1</sup>, Abadi García T<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, López Conde I<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

### OBJETIVOS

La presencia de genitales ambiguos en un recién nacido conlleva un gran reto diagnóstico. Existen múltiples factores que intervienen en el desarrollo psicosexual (genes, exposiciones prenatales, factores culturales,...), por lo que es necesario realizar una aproximación diagnóstica lo más precoz posible, descartar posibles causas de mortalidad y en ocasiones valorar abordaje multidisciplinar para asignar la identidad de género.

### CASO CLÍNICO

A continuación, se presentan dos casos de aparición simultánea en la unidad de Neonatología: CASO CLÍNICO 1: Es un recién nacido a término límite (37+1 semanas) con peso de 2080 g. Se detectó CIR tipo I en segundo trimestre con doppler normal y fue diagnosticado antenatalmente como feto mujer. En la exploración presenta estructura compatible con clítoris hipertrófico/micropene (1cm) y orificio urogenital único en su base con aspecto de hipospadias penoescrotal, bolsas escrotales hiperpigmentadas con estructuras testiculares palpables. Las pruebas realizadas revelan cariotipo XY, testes y ninguna estructura femenina en la ecografía y resonancia magnética. El test de HCG presenta respuesta normal. Se descarta déficit de 5alfareductasa. Actualmente recibe testosterona mensual con buena respuesta y está pendiente de cirugía correctora. La impresión diagnóstica actual se corresponde con una malformación urogenital sin aparente trastorno de diferenciación sexual asociado. CASO CLÍNICO 2: Es un recién nacido a término (39 semanas) con peso de 3600g. En sus antecedentes destaca la detección de hipertrofia de clítoris en la semana 33. En la exploración presenta hipertrofia de clítoris, con seno urogenital único en su base y labios mayores fusionados/bolsas escrotales sin testes palpables. Destaca presencia de cariotipo XY y en ecografía útero, ovarios y estructura compatible con pene/clítoris hipertrófico. El test HCG tiene respuesta normal. Actualmente está pendiente de resultado de estudio genético de receptor de andrógenos (para descartar insensibilidad a andrógenos) y descartar persistencia de ductos mullerianos.

### CONCLUSIONES

En un neonato con genitales ambiguos debemos establecer el grado de afectación y descartar complicaciones potencialmente mortales como la crisis de pérdida salina. En una primera valoración, el cariotipo nos va a permitir orientar los estudios y descartar de forma escalonada trastornos genéticos/endocrinológicos. A veces, el proceso diagnóstico-terapéutico y de crianza es sencillo. En otras ocasiones, es largo y complejo y en casos más extremos puede ser necesario establecer una identidad de género en evolución, que puede cambiar a medida que el niño crece. En este contexto es fundamental ofrecer apoyo psicosocial a la familia.

## CUANDO NO SÓLO ES DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cabo Jiménez V<sup>\*1</sup>, Conde Lorenzo N<sup>1</sup>, Pérez Cortizas Á<sup>1</sup>, Pérez López C<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

Bajo la denominación de heterotaxia se incluyen un grupo de enfermedades relacionadas con una alineación incorrecta de las estructuras cardíacas, entre ellas o con otros órganos. Muy poco frecuente (1 de cada 20400 recién nacidos vivos). Se asocia con diversos factores genéticos y ambientales, como la diabetes mellitus tipo 2 o la trisomía 13. Existen 2 grandes grupos: el síndrome de poliesplenia/bilateralidad izquierda y el síndrome de asplenia/bilateralidad derecha. El primero de ellos caracterizado por la presencia de múltiples bazos accesorios, frecuentemente asociado a anomalías venosas sistémicas y malformaciones cardíacas. Destaca la presencia de malrotación intestinal. Las manifestaciones cardíacas son las que marcan el pronóstico. Una posible complicación en los pacientes con poliesplenia es el infarto esplénico, cuya causa más frecuente es la tromboembólica y debe plantearse como diagnóstico en sujetos con dolor abdominal de predominio en hipocondrio izquierdo, aunque en un porcentaje importante de los casos no existen síntomas. La prueba diagnóstica de elección es el TAC abdominal y su tratamiento es conservador.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 7 años, ingresado en período neonatal por intolerancia transitoria a la alimentación e ictericia. 2 ingresos posteriores por reflujo gastroesofágico y gastroenteritis aguda. Bronquitis obstructivas de repetición. Anemia ferropénica a tratamiento con sulfato ferroso oral. Ingresó en nuestro centro ante cuadro de dolor abdominal intenso en fosa ilíaca izquierda, con escasa respuesta a analgesia, y vómitos de 12 horas de evolución. En el control analítico destaca leucocitosis con neutrofilia, con RFA negativos. Se decide realización de ecografía abdominal, ante los hallazgos descritos en la misma, se realiza TAC abdominal en el que se evidencia una malformación abdominal anatómica-vascular compleja: poliesplenia, con imágenes compatibles con infarto esplénico en 2 de ellos. Además, hallazgos sugestivos de malrotación intestinal, disposición anómala de vena mesentérica superior, dilatación de vena porta y vena cava inferior, con ausencia de la parte distal de cola de páncreas. Se completó el estudio realizando ecocardiograma y estudio de trombofilia, ambos sin alteraciones. El paciente fue trasladado a centro de referencia, donde se realiza corrección de la malrotación y exéresis de ambos bazos isquémicos, sin incidencias.

### CONCLUSIONES

- El infarto esplénico ha de sospecharse en caso de dolor en hemiabdomen izquierdo y para su diagnóstico la prueba de elección es el TAC - Lo curioso de nuestro caso es que siendo un caso de heterotaxia nunca había presentado sintomatología a pesar de estar malrotado.

## APROXIMACIÓN CLÍNICA A LA INFECCIÓN TARDÍA POR STREPTOCOCCO DEL GRUPO B

Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Bauluz Bárcena M<sup>1</sup>, Táboas Ledo M<sup>1</sup>, Álvarez Demanuel D<sup>1</sup>, Ortiz Pallarés M<sup>1</sup>, Meijide del Río F<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La infección por *Streptococcus agalactiae* (SGB) es una causa frecuente de sepsis neonatal. Se distinguen dos formas: precoz (antes del séptimo día de vida) y tardía (hasta el tercer mes). La incidencia de ésta última es 0,3-0,4/1000 nacimientos. Puede presentarse como bacteriemia, meningitis o focos de infección localizada: a nivel óseo o celulitis-adenitis (ésta supone un 4% de infecciones tardías). Describimos dos casos de pacientes afectados de infección tardía por SGB.

### CASO CLÍNICO

Caso 1: Paciente de 1 mes de edad. Antecedentes perinatales: nacimiento a término, con ventosa, sin factores de riesgo infeccioso. PRN: 3485 g. Ingreso en UCIN para monitorización de extrasístoles fetales. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de irritabilidad de 4 horas, con llanto inconsolable. Afebril y sin otra clínica. Destaca en exploración física una afectación leve del estado general, sin más hallazgos. Se extrae analítica y hemocultivo, inicialmente con reactantes de fase aguda normales; e ingresa en UCIP para monitorización. Presenta pico febril, realizándose nueva analítica con elevación de PCR (107.6 mg/L) y PCT (32,63 ng/mL). Se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo (normal) y se inicia antibioterapia empírica con Ampicilina y Cefotaxima. 18 horas después se objetiva crecimiento de *Streptococcus* en hemocultivo, que posteriormente se tipifica como *agalactiae*. Presenta evolución favorable con antibioterapia intravenosa. Caso 2: Paciente de 2 meses (edad corregida: 37+3 semanas). Ingreso al nacimiento en UCIN por prematuridad de 28 semanas. PRN: 990 g. Riesgo infeccioso por corioamnionitis. SGB materno negativo. Acude trasladada por ambulancia tras episodio de hipotonía y cianosis. Relatan alternancia de irritabilidad y desconexión del medio, así como frialdad corporal (termometran 32°C en domicilio). Presenta deterioro clínico progresivo con depresión respiratoria y situación de shock. Ingresó en UCIP precisando soporte inotrópico y ventilatorio, además de antibioterapia con Ampicilina y Cefotaxima. A las 8 horas del ingreso aparecen celulitis y adenitis a nivel cervical (Imagen 1 y 2). En hemocultivo se detecta crecimiento de *Streptococcus agalactiae*. Evoluciona bien con tratamiento instaurado. En ambos casos, para despistaje etiológico se realizan cultivo y PCR de SGB recto-vaginal materno, y faríngeo en ambos progenitores, resultando negativos.

### CONCLUSIONES

Las medidas de prevención de transmisión vertical de SGB han resultado eficaces para reducir la sepsis precoz, no así su forma tardía. Dada la variabilidad en su presentación, es importante tener un alto índice de sospecha clínica en lactantes pequeños, aún en ausencia de fiebre.



## PERITONITIS DE ORIGEN INESPERADO

Abadi García T\*<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Cupido Mateos M<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Cepedano Dans A<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

La peritonitis es la inflamación del peritoneo. Puede ser primaria (peritonitis bacteriana espontánea) o secundaria, más frecuentemente debido a perforaciones del tracto digestivo (apendicitis supurada, úlcera gastroduodenal, vía biliar, traumatismo abdominal, enfermedad inflamatoria intestinal?) o iatrogenia. La mayoría de estas causas tienen unos síntomas y signos que nos orientan a su diagnóstico.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Niño de 13 años y 10 meses que acude por dolor abdominal. Antecedentes personales (AP): Sin interés. No refiere ingesta de AINEs, corticoides ni otros fármacos en los últimos meses. No hay antecedentes familiares de úlcera péptica. Acude a urgencias por dolor epigástrico y febrícula de pocas horas de evolución. No refiere dolor los días previos. No presenta vómitos, diarrea ni otra clínica. Niega la posibilidad de ingesta de cuerpo extraño y no refiere traumatismos recientes. Exploración física: afectación moderada del estado general, con abdomen doloroso en epigastrio, sin otros hallazgos de interés. Hemograma: 12,800 leucocitos con neutrofilia. Se mantiene en observación con dieta absoluta y analgesia. A las 12 horas cambia la exploración, exacerbándose el dolor, con distensión abdominal y defensa, por lo que se solicita: - Analítica donde destacan 22.700 leucocitos con neutrofilia. PCR de 86,9 mg/L - Rx tórax: sugestiva de neumoperitoneo - TAC abdominal: confirmación del neumoperitoneo y líquido libre de moderada cuantía. Ante los hallazgos radiológicos, se decide intervención quirúrgica urgente, confirmándose perforación aguda en bulbo duodenal de 0,5cm y líquido seropurulento en saco de Douglas. Tras intervención se inicia antibioterapia empírica con Ampicilina, Gentamicina y Metronidazol. Se realiza analítica de control con elevación del tiempo de protrombina (22,3s) por lo que se administra una dosis de vitamina K intravenosa y se decide traslado a hospital de segundo nivel. Recibe nutrición parenteral durante 8 días, con reintroducción progresiva de dieta oral. Evolución clínica posterior favorable, con normalización de la coagulación, tolerando dieta oral, decidiéndose alta a domicilio a los 10 días en tratamiento con omeprazol. En controles posteriores permanece asintomático, continuando tratamiento con omeprazol hasta completar 6 meses.

### CONCLUSIONES

La perforación duodenal es una entidad rara en pediatría, y en la mayoría de los casos viene precedida de dolor abdominal epigástrico de días o semanas de evolución. A pesar de la ausencia de datos sugestivos de úlcera péptica, debemos pensar en ella en caso de perforación intestinal sin causa aparente, siendo fundamental una rápida actuación para evitar complicaciones mayores.

## SUBUXACIÓN ATLANTO-AXOIDEA

Ocampo Álvarez A\*<sup>1</sup>, Dacosta Tapia P<sup>1</sup>, Suárez Otero G<sup>1</sup>, Vázquez Castelo J<sup>2</sup>, Sanromán Álvarez P<sup>3</sup>, Padín Vázquez V<sup>1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Neurocirugía. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>4</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.

### OBJETIVOS

La torticolis es un motivo de consulta frecuente, tanto en atención primaria como en urgencias. Y aunque en la mayoría de los casos su etiología es banal, no podemos olvidar que puede ser la carta de presentación de entidades infecciosas, traumáticas o incluso tumorales. Debemos estar atentos ante aquellas con evolución tórpida o ausencia de evento desencadenante, pues por ejemplo en nuestro caso nos encontramos con una subluxación atloaxoidea. Esta entidad se debe al desplazamiento rotacional (y subluxación) de las masas laterales de C1 respecto a C2 con diferentes grados de severidad. Puede deberse a traumatismos cerrados, infecciones (constituyendo el síndrome de Grissel) o no tener un evento desencadenante. Es importante su reconocimiento en las primeras 3 semanas, pues cuanto más tiempo se mantenga la subluxación menor es la probabilidad de respuesta al tratamiento conservador.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años que tras presentar torticolis de 4 semanas de evolución sin respuesta a tratamiento conservador ingresa en nuestro centro para completar estudio. No refiere traumatismos previos, aunque inicia prácticas de judo una semana antes del inicio del cuadro. En planta se objetiva limitación evidente, asociando incapacidad funcional y cefalea frontal con mala respuesta analgésica (antiinflamatorios, calor local y fisioterapia). Se realiza RMN cerebral y medular, descartando lesiones medulares e intracraneales. En el TC funcional se objetiva un bloqueo rotacional fijo del cuerpo vertebral de C1 sobre C2 con luxación anteroinferior de la faceta articular derecha de C1 sobre la ipsilateral de C2. Consensuado con el Servicio de Neurocirugía se inicia tratamiento de tracción cervical con pesas (1000 g) asociando sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos, apreciándose en control radiológico evolución satisfactoria. La tracción se mantiene durante 6 días, aumentando la carga hasta 1250 g. Tras ello se coloca corsé cervico-torácico. Evolución inicial satisfactoria con mejor control analgésico y corrección de la postura cervical por lo que se decide alta a domicilio, donde continúa con el corsé, tipo SOMI, durante 3 meses. Mala evolución en control ambulatorio por lo que está pendiente de intervención quirúrgica para fijación.

### CONCLUSIONES

Ante una torticolis no filiada y sin respuesta a tratamiento conservador durante 1 semana se debe sospechar de patología subyacente. La subluxación atlantoaxoidea debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial ante una contractura musculatura cervical. El TC cervical rotacional es la técnica Gold Standard. El tratamiento inicial es conservador, y su pronóstico depende de su identificación precoz.

## LINFHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA Y CÁNCER: DOS NUEVOS CASOS

Puime Figueroa N<sup>\*1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Illade Quintero L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

---

### OBJETIVOS

La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un síndrome clínico provocado por una respuesta inadecuada del sistema inmunológico a un desencadenante muy variable, infeccioso, reumatológico, neoplásico, genético o metabólico produciéndose una reacción inflamatoria exagerada que de no ser tratada puede condicionar el fallo multiorgánico y el fallecimiento del paciente. Presentamos dos casos asociados al debut de una enfermedad oncológica.

### CASO CLÍNICO

Caso 1: Paciente de 2 años que presenta fiebre, ictericia, coluria, acolia y vómitos de 72 horas de evolución, hepatomegalia y esplenomegalia. Analíticamente destacan datos de fallo hepático hipergudo, neutropenia y trombopenia, hipertrigliceridemia, elevación de ferritina y coagulopatía. Frotis de sangre periférica: alguna células de aspecto inmaduro. Estudio de médula ósea que resulta muy dificultoso debido a la presencia de una médula muy hipocelular. Tras la realización de esta prueba se inicia tratamiento de HLH con dexametasona y medidas de mantenimiento para el fallo hepático. Se requiere repetir el estudio de médula ósea para confirmar el diagnóstico final de LAL B común. Presenta rápida respuesta al tratamiento establecido y remisión completa tras Inducción IA del protocolo SEHOP-Pethema. Caso 2: adolescente de 14 años remitida del Hospital de Ourense por presentar un cuadro de decaimiento generalizado, fiebre y adenomegalias de 1 semana de evolución. Datos clínicos y analíticos compatibles con HLH: esplenomegalia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia y bicitopenia. Con estos datos se procede a biopsia de las adenomegalias y médula ósea confirmándose el diagnóstico de: HLH secundario a Linfoma de célula grande anaplásico, ALK +, CD-30 -, estadio IV. Protocolo de tratamiento ALCL-99 con fallo de respuesta y control del HLH y progresión intratratamiento. Segunda línea de tratamiento ALCL-relapse con fallo de respuesta. Tratamiento de rescate con brentixumab y crizotinib con buena respuesta y remisión completa tras una semana de tratamiento. TMO para consolidación de la remisión.

### CONCLUSIONES

Conclusiones: una alta sospecha de HLH conduce a un diagnóstico, siendo el tratamiento del agente causal generalmente capaz de controlar el HLH, si bien, en muy contadas ocasiones no es así, como en el segundo caso.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI: NO ESTÁN TODOS LOS QUE SON.

Escolar Martín J<sup>\*1</sup>, Vila Díaz S<sup>1</sup>, Urricelqui Laparte G<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>, Romarís Barca R<sup>1</sup>, Carballeira González I<sup>1</sup>, Torrado Chouciño A<sup>1</sup>, Fernández Viso S<sup>1</sup>

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

---

### OBJETIVOS

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis de causa desconocida que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Aunque existen unos criterios diagnósticos bien definidos hay formas atípicas o incompletas que hay que conocer.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años de vida, sometido a múltiples cirugías cardíacas en sus 2 primeros años de edad por atresia tricuspídea, comunicación interventricular e hipoplasia de ventrículo derecho. Ingresa por fiebre de 4 días de evolución (40°C) en picos cada 6 horas, asociando dolor abdominal difuso, astenia y exantema cutáneo evanescente en raíces de miembros sin otra sintomatología acompañante. En el estudio analítico inicial se objetiva hemograma y bioquímica sin alteraciones, con PCR >200mg/L y VSG > 100 por lo que se recogieron hemocultivos ante sospecha de infección de origen bacteriano, sin poder descartarse una posible endocarditis y se inició cobertura antibiótica con Cefotaxima y Vancomicina. El estudio ecocardiográfico no demostraba signos de endocarditis. Pese al tratamiento antibiótico administrado y siendo los hemocultivos negativos, persistieron los picos febriles objetivándose inicio de descamación de los pulpejos de los dedos. Ante sospecha de Enfermedad de Kawasaki se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico y megadosis de Gammagobulina, con desaparición de la fiebre en las siguientes 24 horas y evidenciándose marcado descenso de los reactantes de fase aguda. Así mismo se objetivó trombocitosis en el hemograma posterior. En estudios ecocardiográficos posteriores no se hallaron aneurismas en coronarias ni otros datos de afectación cardíaca con respecto a los estudios previos. Actualmente se mantiene asintomático y con el tratamiento antitrombótico pautado por su cardiopatía de base.

### CONCLUSIONES

-Ante cuadro de fiebre de más de 5 días de evolución ha de tenerse en cuenta la EK en el diagnóstico diferencial inicial. -No siempre se cumplen todos los criterios diagnósticos en la EK, son los denominados Kawasaki atípicos o incompletos y su incidencia es desconocida. En estos casos es necesario un elevado índice de sospecha diagnóstica para iniciar un tratamiento precoz. -La respuesta al tratamiento con Inmunoglobulina es de gran utilidad para la aproximación diagnóstica en estos casos. -El tratamiento con Gammaglobulina intravenosa es más eficaz si se administra en los primeros 10 días de la enfermedad y puede evitar las complicaciones cardiovasculares. Aun así debe administrarse en pacientes con evidencia de vasculitis persistente o con signo o síntomas de inflamación sistémica.

## **GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PEDIATRÍA EN EL CENTRO DE SALUD DEL VENTORRILLO**

Gutián Mediero L<sup>\*1</sup>, Yáñez Mesía S<sup>2</sup>, García Iglesias C<sup>1</sup>, González Cerrato S<sup>1</sup>, Rodríguez Castelo P<sup>1</sup>, Salgado Castro J<sup>1</sup>, López Bolaño C<sup>1</sup>, Carballo González G<sup>1</sup>, Varela Iglesias A<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Pediatría. C.S. Ventorrillo. <sup>2</sup>Pediatría. CHUAC.*

---

### **OBJETIVOS**

El centro de salud del Ventorrillo es uno de los que abarca más población del área de Coruña, contando con cuatro pediatras y cuatro enfermeras de pediatría. Nuestro objetivo es conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios con nuestra unidad tanto a nivel organizativo como asistencial y detectar posibles deficiencias en las áreas estudiadas.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Durante el mes de septiembre de 2018 se pusieron a disposición de los usuarios en la sala de espera encuestas de satisfacción. Se informó a los acompañantes de los pacientes de su existencia. Una vez cubierta de forma anónima se recogía en el mostrador de cita previa.

### **RESULTADOS**

Se obtuvieron 139 encuestas, siendo una muestra estadísticamente significativa para la población estudiada (IC del 95%, margen de error del 6.6%). Recientemente se ha implementado la llamada a consulta a través de ticket y pantalla, al ser consultados el 77% de los encuestados están satisfechos o muy satisfechos. En cuanto a la solicitud de cita, destaca que el 44% de las familias la solicitan por internet, y solo el 14.5% directamente en el mostrador. En lo que respecta a la humanización, el 85% conoce quién es su pediatra y enfermera y el 94% sabe el horario de atención de su pediatra. Sobre la información proporcionada en la consulta el 85.5% considera que es adecuada y el 71% refiere que siempre se resuelven sus dudas. El grado de satisfacción general con la atención por parte de su pediatra es muy satisfecho/a o satisfecho/a en más del 85% de los encuestados y en el caso de la atención por parte de enfermería el porcentaje supera el 90%. En la pregunta abierta sobre qué mejorarían, 18 encuestados apuntan que deberían disminuir los tiempos de espera. En relación a si creen que se cubren de forma correcta las vacaciones del personal casi el 60% consideran que no o señalan la falta de personal, el incremento de la espera y la sobrecarga del personal presente.

### **CONCLUSIONES**

Las encuestas de satisfacción del usuario son un instrumento muy útil para la detección de deficiencias susceptibles de mejora. Nuestros resultados demuestran un alto grado de satisfacción de los usuarios, y nos señalan como puntos a mejorar el tiempo de espera y la cobertura en las ausencias del personal.

## ENCEFALITIS AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Urricelqui Laparte G<sup>\*1</sup>, Vila Díaz S<sup>1</sup>, Sánchez Domínguez A<sup>1</sup>, Escolar Martín J<sup>1</sup>, Carballeira Gonzalez I<sup>1</sup>, Romarís Barca R<sup>1</sup>, Torrado Chouciño A<sup>1</sup>, Fernández Viso S<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La encefalitis autoinmune por anticuerpos anti NMDA es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso de causa inmunitaria. Aunque más frecuente en mujeres jóvenes, hay descritos casos hasta en lactantes de ocho meses. Debe realizarse un despistaje oncológico debido a su asociación con teratomas ováricos y otros tumores. Su tratamiento puede incluir antiepilépticos, fármacos para los trastornos del movimiento, corticoides e incluso inmunoglobulinas, inmunosupresores y plasmaféresis. El pronóstico es favorable en el 80% de los casos.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de trece años y seis meses que ingresa por episodios de dos minutos de duración de fijación de la mirada con automatismos orofaciales, midriasis y habla incoherente. Se realizan punción lumbar objetivándose ligera pleocitosis con PCR VHS negativa, y RNM cerebral que evidencia muy leve alteración de señal cortical en localización fronto-témporo-insular izquierda, sin realces postcontraste. El EEG muestra actividad cerebral de fondo deficientemente organizada con actividad focal muy expresiva que se presenta de forma intermitente y pseudoperiódica en región temporal izquierda con morfología compatible con PLEDS (periodic lateralized epileptiform discharges) y ritmos theta reclutantes. Iniciamos tratamiento con Levetiracetam. Durante su ingreso empeora clínicamente con episodios de crisis parciales complejas con diferente expresividad clínica, asociando midriasis, sudoración de manos, repetición de palabras y dificultad para la expresión, con bradipsiquia y labilidad emocional intercrisis, por lo que se repite punción lumbar y se solicita estudio autoinmune, iniciándose tratamiento con corticoides ev (5 días) y al cuarto día traslado a UCIP e inicio de inmunoglobulinas ev (5 dosis). Posteriormente, ante persistencia del cuadro, asociamos Rituximab semanal (3 dosis). Inicialmente, tras comienzo de tratamiento combinado, presentó empeoramiento clínico con episodios de heteroagresividad, labilidad emocional y desfrontalización, por lo que añadimos risperidona y clonazepam. Presenta una evolución lentamente favorable dándose de alta. Se confirma la sospecha diagnóstica ante anticuerpos anti-NMDA positivos en el LCR (negativos en suero). El despistaje de tumores (TC toraco-abdominal y ecografía ovárica) fue negativo. En su seguimiento en consultas externas de Neuropediatría, la paciente siguió mejorando progresivamente, permitiendo retirada de clonazepam, estando actualmente con Risperidona en descenso.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico de esta patología puede verse dificultado por confusión con trastornos psicóticos. Ante la sospecha clínica de encefalitis autoinmune el estudio debe incluir PL, RM, EEG y búsqueda de anticuerpos en LCR y suero. Siempre debe realizarse despistaje de neoplasias. El tratamiento no debe demorarse a conocer los anticuerpos si la sospecha es firme y se han descartado otros diagnósticos.

## TUMORES CARDÍACOS EN PEDIATRÍA, HALLAZGO RARO Y VALOR DIAGNÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA

Prada Tellado M<sup>\*1</sup>, Lopez Fernández A<sup>1</sup>, Fontenla García J<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Míguez M<sup>1</sup>, Cabo Jimenez V<sup>1</sup>, Romero Perez N<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.

### OBJETIVOS

Los tumores cardíacos primarios son raros siendo la incidencia inferior al 0,3% en estudios ecocardiográficos. La mayoría son benignos desde el punto de vista morfológico. El más frecuente en pediatría es el rabdomioma, que se asocia frecuentemente con la esclerosis tuberosa. La clínica depende del tipo y la localización. El diagnóstico de elección es la ecocardiografía. El tratamiento siempre es quirúrgico cuando existe inestabilidad hemodinámica o arritmias graves.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un recién nacido que ingresa en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense tras diagnóstico prenatal de tumoración cardíaca que podría corresponder a rabdomioma. Nace mediante cesárea a término. Presenta distrés respiratorio transitorio inicial sin precisar soporte a este nivel. Se inicia perfusión de PGE1 a su llegada a la unidad. En la exploración, se evidencian máculas hipocrómicas en dorso, tremulaciones de miembros así como hiperreflexia. Se realiza ecocardiograma donde se confirma un VI con función sistólica de visu normal con tumoración móvil hiperecogénica homogénea y con bordes bien delimitados (aprox 15 x 25 mm), que parece estar sujeto por pedículo en ápex. Múltiples tumoraciones de menor tamaño en ambos ventrículos (algunas parecen incluidas y otras adheridas al miocardio), las segundas en mayor tamaño son las del TSVD y ápex de VD. VD de tamaño y normofuncionante. Válvulas normofuncionantes. No se observa obstrucción en tracto de entrada ni de salida de VI. No derrame pericárdico. Se realiza también Holter que evidencia taquicardia sinusal. Ante sospecha diagnóstica inicial de esclerosis tuberosa se completa estudio con RM que confirma diagnóstico cumpliéndose dos criterios mayores (tubers corticales, nódulos subependimarios), así como un criterio menor (alteraciones de la sustancia blanca sugestivas de líneas de migración radial) por lo que se inicia tratamiento con vigabatrina. Tras esto se realiza estudio oftalmológico donde se evidencia hamartoma retiniano izquierdo. Actualmente, seguimiento multidisciplinar.

### CONCLUSIONES

En resumen, es importante remarcar que los tumores cardíacos, aunque suelen ser hallazgos raros y benignos en edad pediátrica, a veces pueden ocasionar obstrucción al flujo sanguíneo en corazón o grandes vasos, disfunción miocárdica, derrame pericárdico o arritmia valorando necesidad de exéresis. También cabe resaltar el valor fundamental diagnóstico del ecocardiograma, precisando únicamente otras técnicas de imagen como la RM para aportar datos adicionales. Así como destacar que más del 80% de los pacientes con rabdomiomas tienen datos clínicos o historia familiar de esclerosis tuberosa, como nuestro paciente.

## **NIÑOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL TRATADOS CON HORMONA DEL CRECIMIENTO: ASPECTOS EVOLUTIVOS**

Liñares Nistal P\*<sup>1</sup>, Padín Vázquez V<sup>1</sup>, Gómez Costa DA<sup>1</sup>, Chamorro Martín JL<sup>1</sup>, Rey Cordo L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo JR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

---

### **OBJETIVOS**

La talla baja se define como aquella talla menor de -2 desviaciones estándar (DE) para la edad y el sexo de una persona de la población de referencia. Los niños pequeños para la edad gestacional (PEG) representan el 20% de todos los niños con talla baja. El 10% de éstos no presentan crecimiento recuperador y su altura sigue siendo por debajo de -2 DE. El tratamiento con hormona de crecimiento (GH) es una terapia reconocida para niños PEG, autorizada en Europa a partir de los 4 años de edad. El objetivo de esta revisión es evaluar los datos antropométricos de los niños PEG tratados con GH en nuestro hospital al inicio y tras un año de tratamiento.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de niños PEG tratados con GH desde 2010 hasta 2017.

### **RESULTADOS**

La revisión incluye 81 pacientes (58% varones). El 12.3% fueron gestaciones múltiples y el 33.3% prematuros. El 92.5% de los niños tenían una longitud de nacimiento menor de -2 DE, el 58% un peso menor de -2 DE, y en el 49.8% ambas medidas estaban por debajo de -2 DE. La edad media al comienzo del tratamiento fue de 6.08 años con una altura de -2.91 DE y una velocidad de crecimiento de -1.65 DE. Tras un año de terapia, observamos un aumento en ambos parámetros: -2.09 y 3.25, respectivamente, y aproximadamente el 54% de los pacientes alcanzaron una altura superior a -2 DE (80% de ellos menores de 6 años). Observamos una relación significativa entre los niños más pequeños y una mejor respuesta al tratamiento. Con respecto a los parámetros de resistencia a la insulina, se observó un aumento promedio de insulina basal de 4.48 a 8.63 sin un aumento en los niveles de glucemia o hemoglobina A1C.

### **CONCLUSIONES**

El tratamiento con GH en niños con talla baja y antecedente de PEG es efectivo, observándose un aumento de la talla, velocidad de crecimiento y predicción de talla adulta. Esta respuesta al tratamiento se relaciona con la edad de inicio, observándose mayor respuesta a edades de inicio menores. Se considera un tratamiento seguro, apreciándose una elevación de la insulina basal sin alterar el nivel de glucemia basal.



## EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO EN RECIÉN NACIDOS DE RIESGO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

Prada Tellado M<sup>\*1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Conde Lorenzo N<sup>1</sup>, Leis Trabazo R<sup>2</sup>, Couce Pico M<sup>2</sup>, López Fernández A<sup>3</sup>, Crujeiras Paz M<sup>3</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>3</sup>, Míguez Campos M<sup>3</sup>, Cabo Jimenez V<sup>3</sup>, Romero Perez N<sup>3</sup>, Fernández Cebrián S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. <sup>2</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.

### OBJETIVOS

Evaluar el neurodesarrollo de los neonatos de riesgo de la unidad de Neonatología del CHUO y estudiar la frecuencia de la patología neurológica analizando el valor de los signos neurológicos y las alteraciones en las pruebas de imagen (ecografía) durante el ingreso.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, mediante revisión de historias clínicas, en un hospital de tamaño medio (2011-2016). Seguimiento durante un periodo de 4 años.

### RESULTADOS

Muestra de 60 pacientes: -96,7% prematuros. -Peso medio al nacimiento fue de 1684,10 grs. -Incidencia de alteraciones en ecografía: LPV: 21,7%, vasculopatía lenticulo- estriada: 8,3%, hemorragia intracraneal :6,7%, HIV o periventricular :18,3%. -18% acordes respecto a Haizea-Llevant. - 28% presentaba secuelas. - Asociación entre las alteraciones ecográficas y la discordancia en Haizea- Llevant (p 0.153). - Al cruzar los datos de la leucomalacia periventricular con los del test Haizea-Llevant existen diferencias estadísticamente significativas (nivel de significación de 0.034). -Incidencia de secuelas medidas a los 36 meses de vida en comparación con la concordancia o no del test de evaluación del desarrollo global de los pacientes (Haizea- Llevant) presenta diferencias estadísticamente significativas (p de 0.033) . -Esfera motora: se obtuvieron resultados no acordes en el test Haizea-Llevant en el 100% de los niños que presentaban alteraciones en la motricidad (p valor de 0.031) - Esfera de comprensión y relación con el medio: eran también no acordes a su edad gestacional medida por el test Haizea-Llevant. (p valor de 0.003). -Tono: los pacientes que presentaban puntuación baja en la evaluación del tono, eran en su totalidad no acordes según el test Haizea-Llevant (p

### CONCLUSIONES

-Nuestros resultados no nos permiten afirmar que la ecografía craneal al ingreso sea un buen predictor de secuelas a corto-medio plazo. -La edad gestacional, gestación múltiple, peso al nacimiento y test Apgar no se consideran por si solos fuertes predictores de alteraciones del neurodesarrollo según nuestro estudio. -Presentar leucomalacia periventricular o hidrocefalia, se asocia fuertemente con alteraciones del desarrollo medidas por el test Haizea-Llevant. -El test Haizea-Llevant presenta asociación significativa con alteraciones en motricidad, tono, comprensión y en relación con el medio, siendo de gran utilidad en el seguimiento del desarrollo psicomotor y predictor de secuelas de neonatos de riesgo tras el alta. -No encontramos asociación en el lenguaje con el test Haizea-Llevant.

## **APLICACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL EPIGÁSTRICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE DESDE EL AÑO 2000 HASTA 2017**

Prada Tellado M<sup>\*1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Lopez Fernandez A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Rodriguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Cabo Jimenez V<sup>1</sup>, Romero Pérez N<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.*

---

### **OBJETIVOS**

La epigastralgia es un trastorno complejo y heterogéneo en niños que ha aumentado su prevalencia en los últimos años (27%). La endoscopia digestiva alta (EDA) es una técnica eficaz, segura, con riesgos y complicaciones mínimos para la exploración en niños del tracto digestivo superior que permite la evaluación, diagnóstico y manejo terapéutico adecuados en la enfermedad gastrointestinal.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, donde analizamos 88 EDA de pacientes con edades entre 3-15 años a lo largo de 2000-2017 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### **RESULTADOS**

La práctica de EDA fue diagnóstica en un 33% de casos, incluyendo gastritis (19.3%), esofagitis aguda (15.9%), hernia hiato (5.7%) y duodenitis/úlcera (5.7%). Un 17% de las endoscopias presentaron cambios mínimos histológicos. Un 64.8% fueron mujeres y un 35.2% varones. La media de edad fue de 10,59 años.

### **CONCLUSIONES**

Uno de cada 3 niños presenta alteraciones en la Endoscopia digestiva alta. La patología más frecuente es la gastritis crónica, seguida de la esofagitis aguda, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la duodenitis/úlcera. La edad media de realización de endoscopia digestiva alta es similar a la edad en la se produjeron el mayor número de alteraciones endoscópicas, alrededor de los 10.5 años. La actualización de los Criterios Roma supone un avance a la hora de enfrentarse a estos pacientes ya que permite un diagnóstico clínico sin necesidad de descartar toda patología orgánica que explique los síntomas. A pesar de los nuevos avances y mayor experiencia reflejados en los nuevos Criterios Roma IV, son necesarios estudios de mayor calidad, multiculturales, establecer criterios y una metodología uniforme de recogida de los datos a analizar, así como utilizar cuestionarios validados.

## RESULTADOS DE UN PROGRAMA UNIVERSAL DE CRIBADO UNIVERSAL DE HIPOACUSIA AL RECIÉN NACIDO

Puime Figueroa N<sup>\*1</sup>, Ruza Dorna B<sup>2</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Pallas Pallas E<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Universidad Santiago de Compostela. Estudiante.

<sup>3</sup>Otorrinolaringología. Hospital Álvaro Cunqueiro.

---

### OBJETIVOS

Análisis del desarrollo del programa de cribado auditivo universal mediante Potenciales Auditivos Automatizados (PEATC-A) en el Hospital Álvaro Cunqueiro durante el periodo entre 2014-2017.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes que han nacido en el Hospital Álvaro Cunqueiro entre 2014 y 2017. Se estudiaron los neonatos con cribado auditivo alterado.

### RESULTADOS

Se estudiaron 94 niños con cribado auditivo patológico (PEATC-A). En el seguimiento global de estos niños se perdieron 11 casos que hemos analizado. De los 83 niños correctamente recibidos con PEATC, se pudo confirmar el diagnóstico de hipoacusia en 27 casos, 18 de los cuales presentan hipoacusia permanente. La incidencia de hipoacusia congénita en nuestro medio es de 1,2 por 1000 recién nacidos. El valor predictivo positivo de la técnica de cribado es del 33%. Los niños con hipoacusia permanente presentaron de forma significativa mayor tasa de antecedentes familiares y parto no eutócico ( $p < .05$ ). En los casos familiares se han detectado predominantemente mutaciones en el gen GJB2. Se ha objetivado una relación entre hipoacusia, transitoria o permanente, con rasgos autistas y trastornos del lenguaje.

### CONCLUSIONES

La incidencia de hipoacusia congénita neurosensorial con un déficit superior o igual a 40db es de 1 por 1000 RN en nuestro entorno. La tasa de falsos positivos y de pérdidas de seguimiento del programa de cribado actual debe tenerse en cuenta. Pese a la detección temprana y medidas correctoras destaca la incidencia de trastornos del lenguaje en estos pacientes.

## SÍNDROME DE HAMMAN

Ogando Martínez A\*<sup>1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Torres Fernández L<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez Jj<sup>1</sup>, Barriga Buján R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.

<sup>2</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.

---

### OBJETIVOS

El síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo, es una enfermedad generalmente benigna y poco frecuente que se caracteriza por presencia de aire libre en mediastino sin causa subyacente conocida. Como manifestación clínica principal destaca dolor torácico que aumenta con los movimientos y respiración profunda, también pueden asociar disfagia, dificultad respiratoria o dolor abdominal. El diagnóstico se realiza con radiografía simple de tórax y el manejo en edad pediátrica es conservador, con reposo, analgesia y oxigenoterapia. Su recurrencia es rara, y no suele haber restricciones de la actividad física tras el episodio.

### CASO CLÍNICO

Niño de 11 años que acude al Servicio de Urgencias por odinofagia y dolor torácico de 6 horas de evolución, sin traumatismo previo. Inicio de los síntomas tras realizar deporte físico (fútbol), sin presentar sintomatología vegetativa asociada. A su llegada a urgencias se realiza EKG sin alteraciones significativas, analítica sanguínea dentro de la normalidad y radiografía de tórax evidenciando línea de neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical por lo que se inicia oxigenoterapia y analgesia en pauta, decidiéndose ingreso hospitalario para continuación de cuidados. A su ingreso se continua oxigenoterapia en gafas nasales durante 72 horas y analgesia en pauta, con evolución favorable. En radiografía de control a las 48 horas presenta resolución de neumomediastino. Dada la buena evolución se decide alta hospitalaria con seguimiento en consultas de neumología.

### CONCLUSIONES

El dolor torácico en los adolescentes es un motivo de consulta frecuente, generando gran ansiedad tanto en los pacientes como en los familiares. El síndrome de Hamman es una patología poco frecuente (1:7000- 1:42.000) lo que hace que el índice de sospecha en urgencias sea bajo, lo que lleva a su infradiagnóstico.

## **BEBÉ COLODION: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Trincado Aller N<sup>\*1</sup>, Ávila Álvarez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC.* <sup>2</sup>*Unidad de Neonatología - Servicio de Pediatría. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC.*

---

### **OBJETIVOS**

Denominamos ?ictiosis? al grupo de enfermedades que producen escamas visibles en la superficie cutánea. Éstas, pueden ser secundarias a trastornos adquiridos o, como más frecuentemente ocurre en edad pediátrica, debidas a una alteración hereditaria de la queratinización. Cuando estas alteraciones son visibles al nacimiento, hablamos de ?ictiosis congénita?. El bebé colodión es un rasgo fenotípico típico que indica una alteración de la barrera cutánea. Si bien es una manifestación común a diversos tipos de ictiosis, no es posible especificar en un primer momento, qué enfermedad subyace a esta gruesa capa de queratina.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de una recién nacida de 36 + 3 semanas con bajo peso y rasgos fenotípicos de bebé colodion al nacimiento. Como antecedentes obstétricos destaca diagnóstico de arteria umbilical única en ecografía de 2º trimestre (sin hallazgos patológicos en ecocardiografía fetal) y crecimiento en percentil 4 a partir del 3º trimestre. Nace mediante cesárea, con buen tono, adecuado esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto. Destaca en la exploración inicial piel apergamada y blanquecina sobre toda la superficie, iniciando en los primeros minutos descamación progresiva que expone áreas cutáneas de eritrodermia. Presenta además ectropion, eclabium y retracción de falanges distales. Ingresa en unidad de cuidados intensivos neonatales donde se mantiene en incubadora con humedad elevada y control estrecho de temperatura, se realiza control hidroelectrolítico y prevención de la deshidratación con sueroterapia suplementaria a la alimentación. Se realiza biopsia cutánea que muestra ictiosis con presencia de gruesa y extensa capa de hiperqueratosis ortoqueratósica compacta y disminución de granulosa. No se encontraron hallazgos patológicos en la exploración oftalmológica. Evolutivamente, presentó mejoría de ectropion y eclabium tras descamación de colodion facial y disminución progresiva en las áreas de eritrodermia subyacentes a la descamación, si bien persiste clínica de retracción de falanges. Se extreman medidas de asepsia y se aplica tratamiento tópico con emolientes (vaselina líquida inicialmente y aceite de almendras de forma posterior) siendo dada de alta de la unidad a los 18 días de vida con seguimiento ambulatorio.

### **CONCLUSIONES**

A pesar de lo infrecuente de esta patología, debemos conocer el abordaje agudo de estos pacientes. El soporte inicial irá destinado al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y la prevención de infecciones, dejando en un segundo plano aquellas actuaciones y procedimientos destinados al diagnóstico preciso.

## ENFERMEDAD DE LYME. PARÁLISIS FACIAL BILATERAL

Prada Tellado M\*<sup>1</sup>, Iglesias Meleiro J<sup>1</sup>, Lopez Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>2</sup>, Rodriguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>2</sup>, Cabo Jimenez V<sup>2</sup>, Romero Pérez N<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. <sup>2</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE.

### OBJETIVOS

La enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por *Borrelia burgdorferi* y transmitida por garrapata *Ixodes ricinus*. Distinguimos tres etapas. La enfermedad precoz localizada se caracteriza por el eritema migratorio, tras un periodo de incubación (7-14 días). En la enfermedad diseminada precoz encontramos eritema migratorio múltiple, manifestaciones oftálmicas, musculoesqueléticas (artralgias), cardíacas (carditis, bloqueos AV?), síntomas neurológicos (meningitis aséptica, parálisis facial?) y sintomatología inespecífica. La enfermedad tardía se caracteriza por artritis mono-oligoarticular de articulaciones grandes, acrodermatitis crónica atrófica y neuroborreliosis. El eritema migratorio permite el diagnóstico de Lyme sin confirmación microbiológica. La enfermedad diseminada requiere la combinación de clínica compatible, posible exposición y confirmación serológica a dos niveles. La ausencia de historia de mordedura de garrapata no descarta enfermedad de Lyme en zonas endémicas. El tratamiento de la enfermedad precoz localizada o BAV asintomático consistirá en doxiciclina (v.o.) para mayores de 8 años o amoxicilina (v.o.) en menores, durante 14 días. En el eritema migratorio múltiple, la parálisis facial aislada o artritis recidivante el tratamiento se prolongará a 28 días. Para artritis recidivante, bloqueo AV en pacientes hospitalizados o afectación de SNC se puede tratar con ceftriaxona IV, cefotaxima o penicilina durante 14-21 días.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una escolar mujer de 8 años que acude por parálisis facial periférica de afectación bilateral, refiere picadura de garrapata 1 mes antes del episodio. A la exploración se observa una lesión puntiforme en palma de la mano y parálisis facial periférica bilateral, mayor en lado izquierdo. Se realiza una analítica sanguínea sin alteraciones, se solicitan serologías y se realiza punción lumbar (69 leucocitos/mm<sup>3</sup> 85% de PMN), obteniéndose muestra para PCR. Ante la sospecha de enfermedad de Lyme se inicia tratamiento con ceftriaxona i.v.. Las pruebas serológicas aportan IgM e IgG positivo para *Borrelia Burgdorferi* confirmado posteriormente mediante inmunoblot. Se completa tratamiento con Ceftriaxona iv. durante 21 días, tras lo cual se administra doxiciclina v.o. 7 días más. La recuperación al finalizar el tratamiento fue prácticamente completa.

### CONCLUSIONES

Ante un paciente con parálisis facial (sobre todo cuando es bilateral), debemos considerar como agente etiológico la enfermedad por *Borrelia*. Aunque está en discusión la utilidad del análisis de LCR hemos considerado que, hasta confirmar la evidencia de la eficacia del tratamiento por vía oral en niños, es más adecuado indicar tratamiento por vía parenteral de larga duración cuando se encuentre pleocitosis.

## ARTRITIS SÉPTICA TÉMPOROMANDIBULAR COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA.

Trincado Aller N<sup>\*1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>2</sup>, Pardo Vázquez JJ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría y áreas específicas. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC. <sup>2</sup>Unidad de escolares - Servicio de Pediatría CHUAC. Hospital Materno infantil Teresa Herrera - CHUAC. <sup>3</sup>Unidad de escolares - Jefe de Servicio Pediatría CHUAC. Hospi

### OBJETIVOS

La articulación témporo-mandibular (ATM) es una articulación bicondílea formada por hueso temporal y maxilar inferior que se comporta funcionalmente como una diartrosis. Si bien la patología referente a la ATM es mucho mayor en la población adulta, se ha registrado un aumento en su incidencia en niños y adolescentes. Entre las causas más frecuentemente halladas, además de la patología congénita, el traumatismo o las neoplasias, se encuentran las infecciones articulares. La artritis infecciosa, aunque es una entidad poco frecuente, puede producirse debido a diseminación por contigüidad, hematógena o infección sistémica, siendo el *Staphylococcus aureus* el germen más frecuentemente implicado.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 12 años con diagnóstico de artritis séptica de la ATM secundaria a otomastoiditis derecha. Como antecedentes de interés presenta un trastorno generalizado del desarrollo y epilepsia a tratamiento con levetiracetam. Acude al servicio de urgencias de nuestro centro derivado desde su Pediatra de atención primaria por otalgia derecha desde hace 3 días y evolución tórpida en las últimas 24 horas asociando trismus, fiebre y odinofagia. A su llegada presenta exploración compatible con otitis media y trismus severo. Se realizó una analítica sanguínea con reactantes de fase aguda elevados y, de forma conjunta con otorrinolaringología, se decidió su ingreso para inicio de antibioterapia intravenosa (amoxicilina-clavulánico), corticoterapia y optimización de ingesta. Al 4º día, persiste dificultad para la apertura bucal asociando dolor a la palpación de ATM y edema circundante por lo que se solicita valoración por cirugía máxilofacial. Se realiza ortopantomografía y TAC en el que se observa ocupación de cavidad timpánica y mastoides derecha así como absceso intraarticular a nivel de la ATM que desplaza cóndilo mandibular hacia abajo. Se realiza artrotomía para drenaje de absceso y se recogen cultivos en los que se observa crecimiento de *S.pyogenes* sensible al tratamiento. Posteriormente presenta evolución favorable pudiendo ser dado de alta, con tratamiento domiciliario, a los 7 días de la intervención.

### CONCLUSIONES

La patología de la ATM si bien es más prevalente en la edad adulta, su incidencia no debe ser subestimada y no debemos olvidarla a la hora de establecer un diagnóstico diferencial. Así, aunque la artritis séptica es una complicación rara de las otitis medias, debemos tenerla presente al encontramos una evolución tórpida o datos clínicos sugestivos de disfunción a dicho nivel.

## NEUROPATÍA SENSITIVA (INSENSIBILIDAD AL DOLOR)

OGANDO MARTÍNEZ A\*<sup>1</sup>, PRESNO LÓPEZ I<sup>1</sup>, CASTRO AGUIAR S<sup>1</sup>, PARDO VÁZQUEZ JJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA.

---

### OBJETIVOS

Las neuropatías sensitivas autosómicas hereditarias forman parte de las neuropatías periféricas. Se caracterizan por ausencia de la sensibilidad termo-algésica por daño de las neuronas sensoriales y autonómicas. La herencia puede ser autosómica recesiva manifestándose desde la infancia, o autosómica dominante iniciándose la clínica entre los 20-40 años. Se conocen 6 variantes clínicas debidas a anomalías de 11 genes. La neuropatía sensitiva autosómica tipo II se caracteriza por déficit de sensibilidad al dolor, temperatura y propiocepción. Es una enfermedad rara, de prevalencia mundial desconocida. El diagnóstico definitivo se realiza con el estudio genético.

### CASO CLÍNICO

Niño de 3 años que es traído al servicio de urgencias por hematoma a nivel de codo izquierdo de pocas horas de evolución. No refieren antecedente traumático previo, no presenta dolor a la movilización, ni limitación funcional. Afebril, sin clínica infecciosa intercurrente. Sin hematomas ni sangrado a otros niveles. Destaca en la exploración física lesiones en borde lingual, sin sangrado activo. Se realiza radiografía de antebrazo observando fractura de cóndilo externo de húmero izquierdo colocándose férula con yeso por parte de traumatología. Se decide ingreso hospitalario para ampliación de estudios. En anamnesis dirigida la familia refiere múltiples traumatismos accidentales sin referir dolor, ante la sospecha de neuropatía autosómica sensitiva hereditaria se solicita estudio genético confirmándose diagnóstico: variante patológica en el gen SCN9A del cromosoma 2q24.3 que se asocia a neuropatías sensitivas e insensibilidad al dolor. Se realiza seguimiento en consultas de Traumatología con buena evolución.

### CONCLUSIONES

Las neuropatías sensitivas autosómicas hereditarias son enfermedades raras, poco comunes en los servicios de pediatría por lo que para su diagnóstico es imprescindible una anamnesis dirigida muy detallada y un alto índice de sospecha. El pronóstico de la enfermedad lo marcan los accidentes y traumatismos asociados debido a la ausencia de dolor y la falta de reconocimiento de situaciones de riesgo para el paciente, por lo que precisan un seguimiento cercano por parte de la familia para evitar consecuencias graves.



## ENFERMEDAD DE LYME : A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez domínguez, A\*<sup>1</sup>, Vila Díaz , S<sup>1</sup>, Urricelqui Laparte, G<sup>1</sup>, Escolar Martín, J<sup>1</sup>, Vázquez Gómez, L<sup>2</sup>, Torrado Chouciño, A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. CHUF. <sup>2</sup>Urgencias Pediatría. CHUF.

---

### OBJETIVOS

La enfermedad de Lyme es una infección zoonótica causada por diversas genoespecies de la bacteria *Borrelia burgdorferi*. Se transmite a través de la picadura de garrapatas del género *Ixodes* y su incidencia en Europa está en aumento debido al cambio climático. A pesar de que su prevalencia está infraestimada los últimos estudios comunitarios muestran una distribución heterogénea en Galicia, siendo Lugo la provincia con mayor número de casos conocidos. En la población pediátrica afecta preferentemente a niños de entre 5 y 9 años de forma predominante en los meses de verano, con un espectro clínico que varía desde enfermedad localizada (eritema migratorio) a diseminada precoz (parálisis facial, carditis, meningitis) y tardía (artritis, encefalitis, polineuritis) en función del tiempo de evolución desde el contagio. El diagnóstico de la enfermedad localizada es clínico, ante la presencia de eritema migratorio en un paciente procedente de zona endémica. No son necesarios estudios microbiológicos adicionales ya que no se produce seropositivización hasta pasadas 3 semanas desde la aparición de la lesión. En estos casos está indicado el tratamiento precoz con doxiciclina oral durante 10 días (o bien amoxicilina durante 14-21 días en pacientes de menor edad), ya que previene la seroconversión, reduce el riesgo de desarrollo de enfermedad tardía y reduce la duración de los síntomas.

### CASO CLÍNICO

Niño de 13 años de edad, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés y con calendario vacunal actualizado para la edad que acude al servicio de urgencias pediátricas por presentar en raíz de miembro superior izquierdo una lesión eritematosa anular con halo central pálido, no sobreelevada, no pruriginosa ni dolorosa, de aproximadamente 10 cm de diámetro, que había aumentado de tamaño desde su aparición en los 30 días previos a pesar de tratamiento con corticoides y antifúngicos tópicos. No otra clínica acompañante. No evidencia de picadura de garrapata. Ante evidencia de eritema migratorio en paciente susceptible de padecer Enfermedad de Lyme se indicó tratamiento antibiótico oral, con resolución de la clínica. El paciente se encuentra en la actualidad asintomático.

### CONCLUSIONES

- La prevalencia de la Enfermedad de Lyme en nuestro medio está en aumento. - El diagnóstico ha de ser clínico ante un paciente con eritema migratorio y antecedente de picadura de garrapata. - Los test serológicos se reservan para pacientes con clínica compatible con enfermedad diseminada precoz o tardía. - El tratamiento precoz con doxiciclina oral es la medida más eficaz para evitar el desarrollo de enfermedad diseminada.

## **DISCINESIA PAROXÍSTICA CINESIGÉNICA, PENSAR EN ELLA PARA DETECTARLA.**

Puime Figueroa N\*<sup>1</sup>, Pardellas Carollo Y<sup>1</sup>, Vila Pérez D<sup>1</sup>, Melcón Crespo C<sup>1</sup>, Blanco Barca M<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

---

### **OBJETIVOS**

La discinesia paroxística cinesigénica (DPC) es una enfermedad genética rara con predominio en primera y segunda década de la vida, con mayor incidencia en la pubertad. Las crisis se caracterizan por episodios repentinos de movimientos involuntarios tales como balismo, coreatetosis o distonía. Son desencadenados por el movimiento. No asocian pérdida de conciencia. En algunos casos pueden asociarse crisis generalizadas. La duración del evento suele ser menor a un minuto. Se ha demostrado relación con el gen PRRT2 (proteína 2 transmembrana rica en prolina) en 16p11.2. La carbamacepina es el tratamiento de elección.

### **CASO CLÍNICO**

Caso 1. Niña de 12 años que inicia días antes del ingreso episodios de movimientos distónicos de escasos segundos de duración, anticipados por aura sensitiva con parestesias. Los episodios aumentan en frecuencia ocurriendo varias veces al día por lo que es derivada a nuestro centro. Posteriormente asocia episodios de crisis comiciales generalizadas. Se realizan RMN cerebral con resultado normal y vídeo-EEG en el que se objetiva actividad epileptiforme generalizada sin correlato con los paroxismos. Ante la sospecha de DPC se inicia tratamiento con carbamazepina con mejoría clínica, desapareciendo los episodios a las 12 horas de iniciado el tratamiento. Se solicita estudio genético de DPC (pendiente resultado).  
Caso 2: Niño de 13 años, con antecedentes de Epilepsia mioclónica benigna del lactante, que desde los 5 años presenta episodios de escasos segundos de duración de debilidad en piernas con disestesias, que en ocasiones provoca caída al suelo y extensión de brazos. Son desencadenados con la bipedestación o el movimiento. Se realizan RM cerebral, electromiografía, electroneurografía y vídeo-EEG con resultados normales. Se inicia tratamiento con carbamazepina objetivando resolución de los episodios y se solicita estudio genético del gen PRRT2 siendo portador heterocigoto del cambio patológico c.649dupC, lo que confirma el diagnóstico.

### **CONCLUSIONES**

Conclusiones: La DPC es una enfermedad poco frecuente pero que se debe tener en cuenta entre el diagnóstico diferencial de los Trastornos paroxísticos no epilépticos, ya que se dispone de pruebas diagnósticas específicas y existe tratamiento eficaz.

## TROMBOSIS VENOSA RENAL EN EL RECIÉN NACIDO

gonzalez mendez c<sup>\*1</sup>, Perez H<sup>2</sup>, Codias A<sup>3</sup>, Avila A<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil, CHUAC. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC. <sup>3</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC. <sup>4</sup>Neonatología. Hospital Materno Infantil CHUAC.

---

### OBJETIVOS

La trombosis venosa renal es una patología poco frecuente en neonatos, pero que puede causar importantes secuelas a largo plazo. La forma de presentación es variable pudiendo ser asintomática o llegar a producir fracaso renal, si bien la tríada clásicamente descrita es hematuria macroscópica, masa abdominal e hipertensión arterial. La etiología de esta entidad es multifactorial, existiendo factores de riesgo maternos y neonatales que afectan a un sistema hemostático con las peculiaridades propias de un recién nacido. Aunque tradicionalmente se ha considerado la angiografía como el patrón oro para el diagnóstico, la ecografía es la técnica más utilizada hoy en día. El tratamiento de esta entidad se basa en la terapia anticoagulante, pudiendo ser usada tanto HNF como HBPM, estando en ocasiones recomendada la trombolisis

### CASO CLÍNICO

Recién nacido pretérmino tardío (36+1) hijo de madre con Diabetes Mellitus tipo 1 y con peso elevado para edad gestacional, que presentó en sala de partos hematuria macroscópica que se repitió en las primeras horas de vida. El resto de la exploración física y la analítica sanguínea fue normal. En la ecografía abdominal se observó trombosis vena renal derecha con extensión a vena cava inferior e hidronefrosis. Dada los hallazgos, se inició tratamiento con perfusión de HNF (máximo 22U/kg/h), rotándose a HBPM (1.5 mg /kg/día) al segundo día de vida. Presentó diuresis adecuada en todo momento, con aclaramiento progresivo de la hematuria, y función renal mantenida en la normalidad. Desarrolló progresivamente hipertensión arterial, por lo que se inició de tratamiento con nifedipino (0.25 mg/kg/8h). Tras el alta hospitalaria se realizó gammagrafía renal en la que se objetivó parénquima renal derecho afuncional.

### CONCLUSIONES

Pese a la baja incidencia de esta patología es importante conocer los factores de riesgo e identificar sus síntomas para poder llegar rápidamente al diagnóstico e iniciar precozmente el tratamiento si es necesario. En nuestro caso, la presentación fue únicamente con hematuria macroscópica precoz

## ANEURISMA DISECANTE DE LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

Gonzalez Mendez C\*<sup>1</sup>, González Torres L<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>, Pardo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Materno Infantil CHUAC. <sup>2</sup>Pediatría. Hospital MATerno Infantil CHUAC.

### OBJETIVOS

El aneurisma disecante la arteria cerebral posterior en la infancia, es una entidad poco frecuente. Las causas más frecuente son: traumatismo previo o malformación vascular. La clínica es súbita en el 80% de los casos, siendo triada clásica: vómitos, cefalea y disminución de conciencia. La angiografía cerebral es la prueba gold-estándar , aunque el TC y la RMN de SNC suele ser la prueba complementaria inicial. El tratamiento, dado el alto riesgo que presenta, es neuroquirúrgico.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años y 7 meses que acude al Servicio de Urgencias por cuadro, de cefalea con fotofobia , vómitos y febrícula (37.8°C) desde hace 24 horas. En la exploración física destaca rigidez de nuca y marcha atáxica. Al ingreso se realiza analítica sanguínea donde destaca leucocitosis con neutrofilia con reactantes de fase aguda negativos; estudio oftalmológico con fondo de ojo: normal y punción lumbar en donde en el estudio de LCR se objetiva liquido xantocrómico con citoquímica (L 164 PN 95% Prot 87.4 Glc 58 Hematíes 700). Se inicia tratamiento empírico con cefotaxima iv, en espera de cultivos. En las primeras 24 horas presenta exantema morbiliforme generalizado que desaparece al 2º día . Discreta mejoría , pero persiste febrícula , cefalea con fotofobia y la marcha atáxica . Ante evolución tórpida y negatividad de cultivos, se decide realizar TC de SNC; donde se objetiva tumoración hemorrágica extraparenquimatosa ( 25x20mm) con hidrocefalia secundaria. Se amplía estudio con Angio- RMN de SNC donde se evidencia lesión hemorrágica nodular 33x27mm compatible con aneurisma vascular. Se completa estudio con angiografía cerebral objetivándose aneurisma disecante trombosado de arteria cerebral posterior. Dada la clínica y tras consenso con Neurorradiología y Neurocirugía, se inicia tratamiento con medidas antiedema en espera de cirugía programada, que se realiza en centro de referencia, mediante craneotomía con clipaje y exéresis completa del aneurisma .

### CONCLUSIONES

El aneurisma disecante de la arteria cerebral posterior es una entidad rara que presenta una alta morbi-mortalidad y que se debe tener en cuenta en pacientes con clínica meníngea con evolución insidiosa. En los últimos años la prueba de imagen de elección es la Angio-RMN, aunque la angiografía se mantiene como el gold –estándar. Los aneurismas disecantes cerebrales requieren tratamiento, valorándose en cada caso la necesidad de neurocirugía frente a técnicas endovasculares como tratamiento definitivo

## SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.

Fernández González S<sup>\*1</sup>, Ogando Martínez A<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>1</sup>, Pardo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil.*

### OBJETIVOS

El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía aguda frecuentemente originada tras una infección que desencadena una respuesta inmune produciéndose daño a la mielina o células de Schwann generando una polineuropatía aguda. Constituye la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en niños sanos. Se presenta entre los 4-9 años y la relación varón/mujer se estima de 1.5/1. Como antecedente 2/3 de los pacientes presentaron infección respiratoria o gastrointestinal las 2-4 semanas previas, causadas generalmente por C.Jejuni y VEB. La variante más común es la polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), en la que 2/3 de los pacientes desarrollan síntomas neurológicos que se inician como parestesias en los dedos, seguidas de debilidad simétrica en extremidades inferiores produciendo ataxia, que puede ascender progresivamente en las 2-3 semanas posteriores llegando a afectar a la musculatura bulbar y ocasionando dificultad respiratoria en los casos graves. Esta debilidad se acompaña también de arreflexia generalizada desde el inicio y puede aparecer meningismo por irritación radicular. El diagnóstico es clínico, pudiendo apoyarse en el estudio del líquido cefalorraquídeo (disociación albúmino-citológica), electromiografía y estudios de imagen (RMN). Las inmunoglobulinas son el tratamiento de elección y aceleran la recuperación si se administran las 2 primeras semanas. Como segunda opción se puede administrar plasmaféresis.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años que es traído al Servicio de Urgencias por alteración de la marcha de 10 días de evolución con empeoramiento progresivo en los últimos días. Como antecedente presentó un cuadro de gastroenteritis autolimitada los 4 días previos al inicio de la clínica y múltiples picaduras de insectos los meses previos. Afebril en todo momento. Se realiza analítica sanguínea, con serologías, estudio inmune, tóxicos en orina y TC de SNC, sin alteraciones. Punción lumbar destaca hiperproteíorraquia con disociación albúmino-citológica. Ante sospecha de GBS se inicia tratamiento con Gammaglobulinas intravenosas (0.4mg/kg/día) durante 5 días. Se realiza EMG destacando polineuropatía motora-sensitiva en grado medio-severo y RNM donde se aprecia captación de contraste en superficie pial del cono medular y en raíces de la cola de caballo, reflejo de un proceso infeccioso-inflamatorio. Evolución favorable. A seguimiento por Rehabilitación y Neurología Infantil.

### CONCLUSIONES

En general, el pronóstico del GBS es mejor en niños que en adultos con una recuperación completa en el 85% de los casos. Es importante el reconocimiento precoz y su tratamiento ya que presenta una mortalidad de un 3-4% secundaria generalmente a insuficiencia respiratoria o complicaciones cardíacas.

## **HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA POR GRIPE EN UN ÁREA SANITARIA 2014-2018**

Del Campo Pérez V<sup>1</sup>, Pena Martínez M<sup>\*1</sup>, Del Campo García A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. EOXI VIGO. <sup>2</sup>SERVICIO DE PEDIATRÍA. EOXI VIGO.

---

### **OBJETIVOS**

El objetivo principal de este estudio fue analizar la evolución de las hospitalizaciones por gripe en los pacientes pediátricos durante las temporadas 2014-15 a 2017-18 en el área sanitaria de Vigo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo observacional de carácter retrospectivo. Se incluyeron los pacientes menores de quince años hospitalizados con una prueba microbiológica de virus gripal positiva durante esas temporadas en el Área de Vigo. Se analizaron las principales características de los ingresos hospitalarios con confirmación positiva, su evolución clínica, el manejo terapéutico, la duración de la hospitalización y las complicaciones.

### **RESULTADOS**

Durante las cuatro temporadas estudiadas circularon los virus A (H1N1), A (H3N2) y B, predominando el A (H3N2). Ingresaron 236 niños con una prueba microbiológica positiva para virus gripal A o B, de los cuales el 57,6% eran niños varones. La mediana de la edad era de dos años con un mínimo de 9 días y un máximo de 14'1 años. El 72,5 % de los niños era menor de cuatro años y al comparar la media de edad según el subtipo viral se encontraron diferencias estadísticamente significativas que demostraban una mayor frecuencia de virus A en niños más pequeños. El 24,6% de los ingresados presentaban factores de riesgo para una infección por gripe y, durante el ingreso 29,2% sufrieron complicaciones asociadas, destacando la neumonía y la coinfección bacteriana.

### **CONCLUSIONES**

-La hospitalización por gripe se produce mayoritariamente en menores de cuatro años (72,5%). -Se observan diferencias importantes según la edad encontrando una media de edad superior en los niños con prueba microbiológica para el virus B (5 años) que para el virus A (2,9 años). -El 25% de los pacientes ingresados presentaban factores de riesgo para sufrir infección por virus gripal, sin embargo solo el 7% de los ingresados habían recibido una dosis de vacuna antigripal.

## ESTUDIO LAYDI EN GALICIA. PRIMER AÑO: RESULTADOS PROVISIONALES

Anllo Lago J\*<sup>1</sup>, Calvo Lorenzo M<sup>1</sup>, Díaz Pedrouzo A<sup>2</sup>, Martín Cuesta B<sup>3</sup>, Novoa García E<sup>4</sup>, Sánchez García-Monge C(5)

<sup>1</sup>EOXI Lugo. C.S. Praza Ferrol, Lugo. <sup>2</sup>EOXI A Coruña-Cee. C.S. Cabana-Laxe. <sup>3</sup>EOXI A Coruña-Cee. C.S. Fisterra. <sup>4</sup>EOXI Coruña. C.S. Os Rosales. <sup>5</sup>EOXI Pontevedra. C.S. Marín.

### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de Lactancia materna exclusiva (LME), lactancia mixta (LMix) y lactancia artificial (LA) en nuestro entorno. La OMS recomienda LME en los 6 primeros meses de vida.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y marzo de 2018, que acuden a las consultas de Pediatría de atención primaria (PAP) pertenecientes a una red de investigación con cobertura nacional, en la primera visita, mes, 2 y 4 meses. Variables estudiadas: tipo de alimentación en las distintas visitas, características sociodemográficas de los padres incluidos en el estudio y su asociación con prevalencia de LME. Se recogieron los datos en 7 consultas gallegas de PAP mediante formulario específico para cada visita, realizada a la madre y/o familia por el PAP. Se pidió consentimiento informado. Los resultados disponibles se ofrecen en forma de porcentajes y, cuando proceda, se calcula el Riesgo Relativo (RR) con su intervalo de confianza al 95% para investigar las diferencias entre grupos. Consideraciones éticas: el proyecto PAPenRED, obtuvo en su conjunto, la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (Estudio nº 213/16, fecha 29-12-2016).

### RESULTADOS

Se exponen los datos de 76 primeras visitas, 70 visitas del primer mes, 72 del segundo y 65 del cuarto mes de vida. Reciben LME el 55,3%, 51,4%, 45,8% y 35,4% respectivamente, LMix el 21,1%, 17,1%, 11,1% y 15,4% y LA el 23,7%, 31,4%, 43,1% y 47,7%. En la primera visita, se encontró mayor prevalencia de LME en madres jóvenes (37,5% en 30; p=0,094), con estudios universitarios (82,8%) en comparación con madres con estudios primarios/secundarios (53,6%) (p=0,018) y en madres no fumadoras (74,0% vs. 28,6%; p=0,027). La prevalencia de LME en la primera y segunda visita en el mismo estudio a nivel nacional presentado en el Congreso Nacional AEP en Junio 2018 fue del 61.2%.

### CONCLUSIONES

En el estudio Laydi gallego se obtienen peores porcentajes de LME en los primeros controles de salud infantiles respecto a los resultados nacionales. Se muestra la necesidad de mejorar esos porcentajes sobre todo en madres jóvenes, fumadoras y con bajo nivel de estudios y mejorar la coordinación entre los servicios postnatales de alta hospitalaria y atención primaria (matronas, enfermeras de pediatría de atención primaria y PAP).

## **LENGUA NEGRA VELLOSA, RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rey Noriega C<sup>1</sup>, Lendoiro Fuentes M<sup>\*1</sup>, Méndez Bustelo M<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Pediatría.. CHUS. <sup>2</sup>Pediatría. EOXI de Santiago de Compostela.. Centro de Salud de Oroso.*

---

### **OBJETIVOS**

La lengua vellosa negra es una entidad poco frecuente en niños, que en la población general tiene una prevalencia menor del 10%. Es una patología benigna que consiste en la hipertrofia de las papilas filiformes linguales, favoreciendo la proliferación de microorganismos, fundamentalmente en el tercio posterior por delante de la V lingual. Su coloración varía de verde-amarillenta a marrón y negra. Es más frecuente en varones. Sus causas no están claras, relacionándose con mala higiene bucal, el consumo de café, tabaco y alcohol, el uso de antibiótico tópicos y sistémicos y corticoides, sobrecrecimiento de *Candida albicans* y radiaciones. Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen el Muguet, la leucoplaquia oral vellosa (afecta a cualquier zona de la lengua y a la mucosa yugal, muy relacionada con el SIDA) y acantosis nigricans. Aunque suele desaparecer espontáneamente el plan terapéutico consiste en una rigurosa higiene bucal, evitando los desencadenantes y el uso de antifúngicos en caso de sobreinfección. Lactante varón de 10 meses de edad que no tiene antecedentes de interés. No toma tratamientos en domicilio. Acude al pediatra por apreciar una lesión en la parte posterior del dorso de la lengua.

### **CASO CLÍNICO**

A la exploración física se observa una lesión verde-amarillenta sobrelevada con hipertrofia de papilas y bordes irregulares en los 2/3 posteriores del dorso de la lengua, no observando lesiones a otros niveles. Se inicia miconazol tópico pensando en un muguet sin observar mejoría tras 2 semanas de tratamiento. Posteriormente se inicia pauta de miconazol sistémico persistiendo la lesión. Se le diagnostica como lengua vellosa dada la no respuesta al tratamiento y se retira el tratamiento antifúngico acudiendo a controles para ver evolución, persistiendo actualmente con dicha lesión.

### **CONCLUSIONES**

Presentamos este caso dada la importancia que tiene el realizar un diagnóstico adecuado de lengua vellosa para evitar tratamientos innecesarios. La poca frecuencia de esta entidad nos hace pensar en otros procesos más comunes retrasando el diagnóstico.



## UVULITIS AGUDA, CUANDO NO TODO ES ANAFILAXIA.

Lendoiro Fuentes M<sup>\*1</sup>, Rey Noriega C<sup>2</sup>, Méndez Bustelo M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. CHUS. <sup>2</sup>Servicio de pediatría.. CHUS. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. EOXI Santiago de Compostela.. Centro de Salud Oroso.

---

### OBJETIVOS

La uvulitis aguda es una inflamación de la úvula, que se produce de manera súbita y que provoca eritema, dolor, edema y que puede estar acompañada de fiebre. Son múltiples sus causas, destacando la infecciosa. Los agentes causales más frecuentes son el Estreptococo B hemolítico del grupo A ( SBHGA), y menos frecuentemente Haemophilus influenzae y Streptococo pneumoniae. Es importante su diagnostico diferencial con otras entidades, como la anafilaxis.

### CASO CLÍNICO

El caso clínico que presentamos, es el de un niño de 5<sup>a</sup> años, previamente sano sin alergias conocidas, que consulta por sensación de ahogo, molestias faríngeas, voz gangosa de aparición reciente. No se acompañaba de fiebre, ni de exantema ni molestias gastrointestinales. En la exploración física destaca edema de úvula, con eritema intenso en superficie, sin otras manifestaciones. Ante el riesgo de tratarse de un caso de reacción anafiláctica se administra una dosis de Adrenalina im, se administra corticoterapia oral y se mantiene en observación durante la mañana en el centro de salud, con desaparición progresiva de la clínica. Se cita a las 24 horas, persistiendo asintomático. Se programa estudio alérgico en S. De Neumoalergia Infantil de referencia, evitando posibles alérgenos. Se realiza una analítica con IgE normal y phadiatop negativo. A la semana, presenta un nuevo episodio, similar al anterior, y dentro del diagnóstico diferencial, se realiza un Streptotest en consulta de Atención Primaria, resultando éste positivo. Por lo que se decide administración de corticoterapia oral y antibioterapia empírica con Amoxicilina oral a dosis de faringoamigdalitis durante 10 días. A las 24 horas y 72 horas posteriores, se realiza nuevo control , en el que se evidencia desaparición de la clínica. Desde entonces ha permanecido asintomático y no ha presentado nuevos episodios. Conclusiones: La uvulitis aguda estreptocócica, es una entidad rara, que tenemos que c

### CONCLUSIONES

Considerar en el diagnostico diferencial de un edema de úvula de aparición subita en pacientes sin antecedentes de alergia/atopia. Responde a el tratamiento con antibioterapia empírica con Amoxicilina.

## **CAMBIOS EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS.**

Presno López I\*<sup>1</sup>, Romero Rey H<sup>2</sup>, Casal Beloy I<sup>3</sup>, López García G<sup>1</sup>, Pérez Tato H<sup>1</sup>, Yañez Mesía S<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>4</sup>Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Universitario

### **OBJETIVOS**

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son una de las causas más habituales de atención en urgencias, componiendo el 5,2% de las urgencias hospitalarias, de los cuales el 90% son leves. Para mejorar la calidad según la evidencia actual y homogeneizar los cuidados hemos creado un protocolo de actuación en diciembre de 2016. El objetivo de nuestro estudio es revisar el manejo de estos pacientes antes y después de la introducción del protocolo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes atendidos por TCE leve que pasaron al área de observación de nuestra unidad. El estudio constó de dos fases: en primer lugar se revisó un periodo de un año previa a la instauración del protocolo (enero 2015 – enero 2016, n=94); para después compararlo con un periodo similar tras la publicación del mismo (septiembre 2017 – septiembre 2018, n=167). Asimismo se dividieron estos pacientes en dos grupos en función de la edad (punto de corte 2 años). Se analizaron distintas variables relacionadas con el mecanismo lesivo y la exploración física (presencia de hematoma, vómitos o signos neurológicos), así como el manejo (pruebas complementarias, horas de observación, ingreso...). Los datos fueron obtenidos mediante revisión de historias clínicas y analizados con programa SPSS 23.

### **RESULTADOS**

Con el estudio, hemos demostrado que la aplicación del protocolo disminuye el número de ingresos en ambos grupos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los mayores de 2 años ( $p=0,05$ ). Se observa un aumento en el número de pacientes que pasan al área de observación (antes del protocolo 94 pacientes en total, tras el protocolo 167), siendo el tiempo de estancia media menor con el protocolo (2,1 horas menos). En ambos grupos se reduce el número de pruebas complementarias (antes del protocolo al 33,8% de los mayores de dos años se les realizó un TAC, tras el protocolo este porcentaje cae al 20%). También desciende el número de radiografías en menores de 2 años (del 60% antes al 43% tras la introducción del protocolo).

### **CONCLUSIONES**

La utilización de protocolos específicos de actuación es fundamental para optimizar y homogeneizar la calidad asistencial en las unidades de urgencias pediátricas. Con nuestra revisión hemos demostrado la eficacia de nuestro protocolo, que aboga por la estancia en el área de observación sobre la realización de pruebas complementarias. El protocolo ofrece una optimización en la atención a nuestros pacientes y una reducción del gasto sanitario (menos pruebas complementarias, menos ingresos).

## **PERFIL Y ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE INTOXICACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Fernandez Filgueira M\*<sup>1</sup>, Lomba Estévez M<sup>1</sup>, Ojea Jorge V<sup>1</sup>, Martínez Veira A<sup>2</sup>, Fuentes Pérez N<sup>1</sup>, González Silvela I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. <sup>2</sup>URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

---

### **OBJETIVOS**

Comparar epidemiología y actuación ante los pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias Pediátricas por sospecha de intoxicación con los de otras series publicadas.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de menores de 15 años que consultaron por sospecha de intoxicación en el servicio de urgencias entre los meses de enero y agosto de 2018. El análisis estadístico de las variables se realizó mediante el software estadístico R. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, tipo de sustancia ingerida, tiempo transcurrido desde la ingesta hasta la asistencia médica, sintomatología, actitud diagnóstica y terapéutica, necesidad de ingreso hospitalario, complicaciones.

### **RESULTADOS**

Obtuvimos una muestra de 20 pacientes con una mediana de edad de 2 años (rango 1 mes-12 años). Destaca un predominio masculino, siendo esta relación estadísticamente significativa. El grupo de edad más vulnerable a sufrir intoxicaciones fueron los pacientes de 1 a 3 años ( $p=0.055$ ) Todos los grupos de edad han consultado en la primera hora tras ingesta, ( $p = 0.046$ ), salvo en los menores de 1 año (2-3 horas post-ingesta). Ingesta medicamentosa en el 60% de los pacientes de nuestra serie. Entre las sustancias no medicamentosas, la más frecuente fue el líquido ambientador. Un 70% permaneció asintomático y no se encontraron diferencias significativas entre síntomas y tipo de intoxicación (medicamentosa o no medicamentosa). Un tercio de las ingestas medicamentosas se trató con carbón activado. Sólo un paciente requirió ingreso hospitalario y ninguno de ellos presentó complicaciones derivadas de la ingesta del probable tóxico.

### **CONCLUSIONES**

Pese a tratarse de un estudio prospectivo con una n pequeña, nuestros datos coinciden con los de otras series publicadas: - El grupo de mayor riesgo a sufrir intoxicaciones son los varones de 1 a 3 años. - Las intoxicaciones medicamentosas son las más frecuentes en todas las series. En la mayoría, el principal fármaco es el paracetamol, aunque en algunas publicaciones recientes los psicofármacos empiezan a ocupar el primer lugar. En nuestro estudio no encontramos clara superioridad de ninguno de los fármacos respecto al resto. - En intoxicaciones medicamentosas de riesgo, si la consulta se realiza en las dos primeras horas post-ingesta, el carbón activado es el tratamiento de elección. - La mayoría de las intoxicaciones en pediatría son leves, no suelen ocasionar ingreso hospitalario ni complicaciones a corto/medio plazo.

## ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA DE INICIO PRECOZ, ¿ HAS PENSADO EN LA ENFERMEDAD DE MENKES?

Presno López I\*<sup>1</sup>, Trincado Aller N<sup>1</sup>, Vazquez Cancela M<sup>2</sup>, Suárez García F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>2</sup>Neurología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>3</sup>Lactantes. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

### OBJETIVOS

La enfermedad de Menkes es una entidad clínica poco frecuente (incidencia de 1/300.000) producida por un trastorno genético (mutación del gen ATP7A) que condiciona un defecto en el metabolismo del cobre a nivel del transporte. Tiene una herencia recesiva ligada a X. Clínicamente se caracteriza por un nacimiento y periodo postnatal normales sufriendo un deterioro en el neurodesarrollo a los pocos meses de vida (hipotonía, convulsiones mioclónicas generalizadas y retraso mental) acompañado de dificultades en la alimentación y fenotipo característico: occipucio prominente, micrognatia, hipopigmentación cutánea y "pili torti". Si bien unas manifestaciones clínicas compatibles junto a niveles reducidos de cobre y ceruloplasmina pueden orientarnos hacia el diagnóstico, el diagnóstico de certeza es genético. No existe un tratamiento curativo, aunque está descrito que el tratamiento temprano con cobre puede alargar la expectativa de vida y atenuar las posibles complicaciones asociadas.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un lactante de 3 meses, sin antecedentes familiares ni perinatales de interés. En seguimiento en Rehabilitación Infantil por hipotonía axial. Acude a la Unidad de Urgencias por cuadro de una semana de evolución de rechazo parcial de la ingesta y disminución de actividad espontánea, refiriendo los padres episodios recurrentes de desconexión del medio de segundos de duración en domicilio. A la exploración destaca hipotonía generalizada marcada, pelos escaso, quebradizo e hipopigmentado, micrognatia, mejillas prominentes, además de escasa actividad espontánea. Ante sospecha de encefalopatía epiléptica de inicio precoz solicitamos estudio metabólico ampliado en el que presenta hiperlactacidemia mantenida sin acidosis, con niveles de cobre y ceruloplasmina disminuidos en sangre. Se realiza EEG donde se evidencian hipsarritmias por lo que se inicia tratamiento anticonvulsivante. En RM se visualizan áreas de leucoencefalopatía y lesiones en ganglios de la base. Dado la sospecha de Enfermedad de Menkes durante los primeros días de ingreso se inicia tratamiento con Cobre-histadina y se envía estudio genético. Presenta mejoría clínica progresiva con cese de las convulsiones y mayor actividad espontánea, manteniendo exploración neurológica patológica con hipotonía generalizada de predominio axial. Al alta se continúa seguimiento en Consultas Externas de Rehabilitación y Neuropediatría, donde se confirmó mutación genética compatible con Enfermedad de Menkes (mutación en ATP7A).

### CONCLUSIONES

La enfermedad de Menkes, si bien es una entidad poco frecuente, es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de todos aquellos casos de encefalopatía epiléptica de inicio precoz en el lactante, ya que el inicio precoz de tratamiento específico puede mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes.

## CONVULSIONES FEBRILES: NO TODAS SON IGUAL DE COMPLEJAS

Ocampo Alvarez A<sup>\*1</sup>, Fiel Ozores A<sup>1</sup>, Fernandez Soto Z<sup>1</sup>, Bauluz Bárcena M<sup>1</sup>, Melcon Crespo C<sup>2</sup>, Blanco Barca O<sup>2</sup>, Amado Puentes A<sup>2</sup>, Fernandez Lorenzo J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo. <sup>2</sup>Pediatría (neuropediatría). Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.

<sup>3</sup>Jefe de servicio Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo.

### OBJETIVOS

Las convulsiones febriles suponen un motivo de consulta habitual en urgencias pediátricas. Se clasifican en convulsiones febriles simples (CFS), complejas (CFC) y dentro de éstas, el estatus febril. Las CFC clásicamente se han asociado a riesgo de epilepsia, motivando ingreso hospitalario para observación y realización de estudios complementarios. Esta revisión pretende describir nuestra experiencia con pacientes ingresados por CFC, atendiendo a sus características, pruebas llevadas a cabo y evolución posterior.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo, incluyendo pacientes de 6 meses a 6 años ingresados en nuestro centro por CFC entre 2015-2017. Se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica previa, convulsión afebril o clínica gastrointestinal.

### RESULTADOS

En este período ingresaron 27 pacientes con CFC. Mediana de edad: 18 meses. La distribución por sexos fue similar. 13 pacientes (48'1%) tenían antecedentes familiares de epilepsia. 4 (14'8%) habían presentado CF previamente. La mediana de temperatura alcanzada fue 39°C. Se clasificaron como CF por recurrencia 12 (44'4%), por focalidad otras 12, y por duración prolongada 10 (6 fueron estatus de >30 minutos). 1 caso de déficit neurológico posterior prolongado. En 9 casos (33'3%) no se administró tratamiento anticonvulsivo, en 16 (59'2%) benzodiazepinas, en 2 además otros fármacos. 4 casos (14'3%) ingresaron inicialmente en UCIP (3 con perfusión de midazolam). Mediana de ingreso: 4 días. En todos se extrajo analítica sanguínea, iniciándose antibioterapia en 9 pacientes (33'3%) por elevación de reactantes. Se hicieron 10 punciones lumbares (35'7%), todas normales. Se realizaron 2 TAC craneales de forma aguda (por duración >30 minutos), que fueron normales; y 7 resonancias magnéticas, sin hallazgos destacables. Se realizó EEG precoz en 23 pacientes (85'2%), con anomalías eléctricas en 2: uno con actividad encefálica difusa (paciente con estatus febril); otro con actividad lenta prolongada durante la somnolencia (paciente con CF focal y con déficit NRL posterior). Se repitió en ambos. Tras el primer ingreso no se pautó tratamiento anticonvulsivo en ningún paciente; evolutivamente hubo 5 pacientes (18'5%) que precisaron reingresar por nueva CFC (3 por estatus febril, en los cuales se inició tratamiento anticonvulsivo). 13 (48'1%) pacientes se controlaron en Neurología Pediátrica, encontrando durante el seguimiento 3 pacientes diagnosticados de epilepsia.

### CONCLUSIONES

A la hora de enfrentarnos a un paciente con CFC es esencial individualizar la necesidad de ingreso y realización de pruebas en el momento agudo.

## ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

Guerra Buezo B<sup>\*1</sup>, Niño Grueiro I<sup>1</sup>, Antuña Fernández M<sup>1</sup>, Pena Gil P<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Pérez Gay L<sup>1</sup>, Pérez Pacín R<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central de etiología autoinmune. El diagnóstico se establece a partir de la clínica (encefalopatía y síntomas neurológicos multifocales) y hallazgos indicativos de desmielinización en los estudios de neuroimagen.

### CASO CLÍNICO

Niño de 3 años y 8 meses que acude a urgencias porque pronuncia mal, habla menos de lo normal y ha presentado varios escapes urinarios siendo previamente continente. Entre sus antecedentes personales destaca una ptosis congénita izquierda y un desarrollo psicomotor normal. Cuadro respiratorio febril por el que consultaran en Urgencias en las 2 semanas previas, que cursó con cefalea y fiebre. Antecedentes familiares sin relación. Refieren que desde el día previo al ingreso lo encuentran menos activo y ese día observan alteraciones comportamentales, inestabilidad a la marcha, incontinencia urinaria y babeo. Afebril. Un vómito aislado. Exploración física destaca Glasgow 14, marcha inestable con apoyo en puntas, sedestación inestable, ROT normales. Al ingreso se realiza analítica destacando 18,200 leucocitos/mm<sup>3</sup> (67% Nf, 25% Lf), punción lumbar (55 leucocitos/uL, proteínas 66 mg/dL), TC cerebral con resultado normal, tóxicos en orina negativos. Ante la posibilidad de encefalitis viral se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso. Empeoramiento en las horas siguientes con Glasgow fluctuante 13-15, hiperreflexia y persistencia de síntomas previos. Resultados EEG normal, serologías CMV, Mycoplasma y Borrelia negativas, VEB y VHS inmune y PCR para virus neurotrópicos en LCR negativo. Solicitada RM cerebral y medular observándose hiperseñal T2 y FLAIR en: bulbo, mesencéfalo, ambos pedúnculos cerebelosos, tálamo izquierdo, cuerpo caloso, circunvolución pericingular posterior y sustancia blanca subcortical parietal bilateral que realzan con contraste. Tras confirmación del diagnóstico se inició tratamiento con Metilprednisolona intravenosa, presentando una mejoría clínica significativa en las 24 horas siguientes. Se repite RM de control de al mes, observando práctica desaparición de las lesiones manteniéndose asintomático en los meses siguientes.

### CONCLUSIONES

Queremos resaltar la importancia del conocimiento de esta entidad y la realización precoz de una RM cerebral en casos de encefalopatía no filiada. Las lesiones cerebrales aparecen en el 100% de los casos. La diferenciación clínica entre la encefalitis y EMAD puede ser difícil en las primeras fases de la enfermedad y la instauración tardía del tratamiento en ambas entidades puede condicionar secuelas neurológicas. El pronóstico es excelente en la mayoría de los casos con tratamiento corticoideo precoz.

## MANEJO DE LA DERMATITIS POSTQUIRÚRGICA SEVERA CON ÁCIDO HIALURÓNICO, SULFATO DE CONDROITINA Y POLOXÁMERO 407

Casal Beloy I\*<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Vincent S<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

### OBJETIVOS

La dermatitis del pañal en pacientes postoperados a nivel coloproctológico, así como la dermatitis periestomal en los pacientes ostomizados, es un problema frecuente, y en la mayoría de los casos, con un difícil manejo. La combinación de ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero 407 (ASP), forman un complejo macromolecular óptimo como método barrera y reparador, contra las patologías que afectan a mucosas (esofágica, oral y rectal). Sin embargo, su aplicación a nivel de la barrera cutánea no ha sido previamente estudiado. Nuestro objetivo ha sido valorar la aplicación de esta sustancia en aquellos pacientes pediátricos con una dermatitis irritativa/inflamatoria a nivel periestomal o perianal, y evaluar sus resultados.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de aquellos pacientes con una dermatitis severa, en los que se aplicó ASP como método protector cutáneo durante el período 2017-2018. Recogimos variables demográficas y aquellas derivadas de la patología presentada por el paciente y el tratamiento recibido (localización de las lesiones, días de aplicación de ASP, entre otros), y realizamos un análisis descriptivo de todas ellas.

### RESULTADOS

Paciente 1: Mujer de 14 meses, con antecedentes de múltiples laparotomías e ileostomía secundaria. Tras la realización de la ostomía, presentó dermatitis periestomal severa, de 3 meses de evolución, sin mejoría a pesar del manejo por parte de un especialista en cuidados estomacales. Tras la aplicación de ASP, presentó mejoría progresiva hasta la resolución total de las lesiones cutáneas en 4 días. Paciente 2: Mujer de 8 meses, con antecedentes de enfermedad de Hirschprung. Tras la cirugía coloproctológica presentó una dermatitis perianal severa, de 2 meses de evolución, sin mejoría clínica a pesar de la aplicación de diferentes métodos barrera. Tras la aplicación de ASP, presentó mejoría progresiva hasta la resolución parcial de las lesiones cutáneas en 5 días. Paciente 3: Varón de 2 años, con antecedentes de dermatitis de pañal severa y recurrente, con úlceras asociadas, de 6-7 días de duración. Tras la aplicación de ASP, los episodios de dermatitis son leves, sin presencia de úlceras asociadas, y limitados a 12 horas desde el inicio de la aplicación de ASP.

### CONCLUSIONES

La sustancia ASP podría ser un método seguro y eficaz en el manejo de la dermatitis severa durante la infancia. Dado el escaso número de pacientes en nuestra serie, son necesarios más estudios que confirmen los resultados iniciales obtenidos, y permitan protocolizar su manejo en el paciente pediátrico.

## **EVALUACIÓN DE EFICACIA Y CALIDAD DE VIDA TRAS EL USO DE GAMMAGLOBULINA SUBCUTÁNEA FACILITADA PARA EL TRATAMIENTO DE INMUNODEFICIENCIAS EN PEDIATRÍA.**

Montero Alonso M<sup>\*1</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Illade Quintero L<sup>1</sup>, Fernández Lorenzo J<sup>1</sup>

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

### **OBJETIVOS**

La infusión gammaglobulina intravenosa ha demostrado su eficacia como tratamiento de elección en las inmunodeficiencias, sin embargo, la necesidad de múltiples accesos venosos y efectos secundarios sistémicos limitaban su uso. La administración de gammaglobulina subcutánea relega estos efectos a reacciones locales a menudo autolimitadas. La inyección combinada con hialuronidasa permite suministrar dosis mayores más rápidamente y en un solo tiempo, espaciando el procedimiento. El objetivo de este estudio es determinar la eficacia, seguridad y aceptación de la utilización de gammaglobulina subcutánea como tratamiento de inmunodeficiencias.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con gammaglobulina subcutánea en nuestro centro, mediante la revisión de historial clínico, evaluación objetiva de efectividad y encuesta de calidad de vida a los familiares.

### **RESULTADOS**

Se analizan tres pacientes: el primero, varón de 3 años y 5 meses diagnosticado de Agammaglobulinemia de Bruton tratado con gammaglobulina intravenosa (GGIV) durante 21 meses previo al inicio de gammaglobulina subcutánea (GGSC). Se objetivaron concentraciones crecientes de IgG tras el inicio de GGSC, superándose la cifra objetivo, con ausencia de efectos secundarios significativos una vez alcanzadas dosis plenas de la misma. La familia acudió en 6 ocasiones al hospital para el aprendizaje de la técnica de administración y ambos progenitores la realizan conjuntamente. Reportadas reacciones locales en forma de prurito momentáneo y eritema circunscrito de 3-4 horas de duración. Segundo paciente, mujer de 4 años y 7 meses con hipogammaglobulinemia, tratada con GGIV durante 29 meses, cuyas cifras de IgG se mantuvieron estables tras el inicio de GGSC. La familia refiere haber acudido en 2 ocasiones al hospital previamente a la administración domiciliar que realizan indistintamente ambos progenitores. Efectos secundarios, cefalea, náuseas autolimitadas e induración de la zona de inyección durante las 2 horas posteriores. Tercer paciente, varón de 14 años y 8 meses con hipogammaglobulinemia secundaria a trasplante alogénico de médula ósea, tratado con GGIV durante 38 meses. La familia acudió en 4 ocasiones al centro para el aprendizaje de la técnica que realizan indistintamente ambos progenitores. Efectos secundarios, leve cefalea e induración local las 2 horas posteriores. Todos los encuestados calificaron su grado de satisfacción con el tratamiento con GGSC con 5/5.

### **CONCLUSIONES**

En nuestra revisión la eficacia de la GGSC ha sido comparable al tratamiento con GGIV, tal y como se describe en la literatura. Los efectos secundarios sistémicos son prácticamente inexistentes y las reacciones locales leves y autolimitadas. Todos los pacientes refieren importante mejoría en su calidad de vida.



## **MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO EN EL PERIODO NEONATAL Y LACTANTES.**

Vincent S<sup>\*1</sup>, Garcia Gonzalez M<sup>1</sup>, Casal I<sup>1</sup>, Miguez Fortes L<sup>1</sup>, Blanco Portals C<sup>1</sup>, Rodriguez Ruiz M<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Somoza Abigay I<sup>1</sup>, Tellado Gomez M<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CIRUGIA PEDIATRICA. CHUAC.

---

### **OBJETIVOS**

La hipertrofia del tejido mamario es una patología habitual en el periodo neonatal, sin embargo el desarrollo de mastitis, abscesos mamarios, o sepsis secundaria, son infrecuentes. Es causada por la estimulación estrogénica materna transmitida al feto durante el embarazo y tiene un efecto transitorio desapareciendo en los primeros meses de vida postnatal. Nuestro objetivo fue estudiar las características de los neonatos y lactantes que desarrollaron mastitis y/o abscesos mamarios e identificar los microorganismos responsables, su sensibilidad a antibioterapia, el tratamiento recibido, y sus complicaciones y secuelas.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo recogiendo datos de todos los pacientes menores de 1 año, ingresados o controlados en el hospital materno infantil del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña con diagnóstico de mastitis y/o absceso mamario entre el 2010 y 2018. Recogimos variables demográficas, resultados de pruebas complementarias (PCR, hemograma, hemocultivos) y plan terapéutico.

### **RESULTADOS**

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo recogiendo datos de todos los pacientes menores de 1 año, ingresados o controlados en el hospital materno infantil del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña con diagnóstico de mastitis y/o absceso mamario entre el 2010 y 2018. Recogimos variables demográficas, resultados de pruebas complementarias (PCR, hemograma, hemocultivos) y plan terapéutico.

### **CONCLUSIONES**

Un total de 4 pacientes fueron incluidos en el estudio. Todas fueron niñas de entre 14 y 28 días de vida. El lado de afectación fue izquierdo en el 75% de los casos. Una paciente tuvo mastitis y 3 acudieron por presentar abscesos mamarios. Ninguna presentó leucocitosis, 25% cursaban con neutrofilia, y 25% con elevación de la PCR. Se realizaron hemocultivos en el 50% de los casos, siendo todos negativos. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Estafilococo Aureus* (66%) seguido de *Estreptococo Epidermidis* (33%). El tratamiento fue antibioterapia en todos los casos requiriendo además drenaje quirúrgico en 2 casos y presentando drenaje espontaneo el paciente restante sin precisas otras medidas quirúrgicas. En ningún caso se produjo una secuela estética.

## **DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO: ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON SUS COMPLICACIONES?**

Vincent S<sup>\*1</sup>, Casal Beloy I<sup>1</sup>, Garcia Gonzalez M<sup>1</sup>, Lema Carril A<sup>1</sup>, Miguez Fortes L<sup>1</sup>, Blanco Portals C<sup>1</sup>, Rodriguez Ruiz M<sup>1</sup>, Somoza Abigay I<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CIRUGIA PEDIATRICA. CHUAC.

---

### **OBJETIVOS**

Los dispositivos venosos tipo Port-a-Cath® son dispositivos que proporcionan un acceso venoso central, y disponen de un reservorio a nivel subcutáneo que evita las punciones repetidas y mejora, por tanto, la calidad de vida y la seguridad asistencial de los pacientes que los portan. La colocación de estos dispositivos no está exenta de riesgos, y complicaciones tales como la infección o el malfuncionamiento del catéter que pueden conllevar su retirada. El objetivo del presente estudio es describir las principales complicaciones en relación al uso del dispositivo Port-a-Cath®, y analizar aquellos factores de riesgo potencialmente implicados en su desarrollo

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes en los que se implantó un dispositivo de acceso venoso central tipo Port-a-Cath®, entre 2016-2018. Recogimos diferentes variables demográficas, (edad, sexo, enfermedad de base), y aquellos factores de riesgo relacionados con la aparición de complicaciones según la literatura revisada (tratamiento administrado a través del reservorio, tiempo de evolución, tipo de cirugía, entre otros). Finalmente recogimos todas las complicaciones ocurridas durante el período estudiado. Realizamos un análisis descriptivo de estas variables con el programa estadístico SPSS 23.

### **RESULTADOS**

Un total de 20 pacientes fueron incluidos en el estudio. El 50% fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 5.9 años (Rango 0-15 años). El motivo de colocación del dispositivo fue por patología oncológica en 18 pacientes, y por pluripatología crónica en los 2 restantes. El 25% de los dispositivos fueron colocados por punción bajo control ecográfico<sup>5</sup>, y el 75% mediante técnica abierta (15). 10 de los 20 dispositivos fueron colocados en vena yugular externa derecha, 4 en la vena yugular interna derecha y 6 en la vena subclavia derecha. Las principales complicaciones fueron: infección del catéter 45%, obstrucción mecánica 10%, necrosis cutánea 1% y movilización del reservorio 1%.

### **CONCLUSIONES**

El principal motivo para la colocación de dispositivos de acceso central con reservorio en Nuestro Hospital es el tratamiento de patología oncológica. La mayoría de los dispositivos se colocaron por disección abierta, canalizando la vena yugular externa. Los catéteres implantados tuvieron complicaciones en casi la mitad de los casos, siendo la complicación más frecuente la infección.

## INFECCIÓN POR COXIELLA BURNETII: FIEBRE Q CRÓNICA

Romero Pérez N<sup>\*1</sup>, Rodríguez González L<sup>1</sup>, Pérez Cortizas A<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>2</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura CA<sup>1</sup>, Rodríguez Toro IM<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

La fiebre Q es una rara zoonosis causada por la bacteria *Coxiella burnetii*. La transmisión al ser humano ocurre por vía inhalatoria desde reservorios animales, principalmente ganado o animales domésticos. Es más frecuente en varones adultos y presenta una distribución mundial con brotes epidémicos. En la fase aguda puede dar lugar a manifestaciones clínicas variables como síndrome pseudogripal, neumonía o hepatitis, aunque en la edad pediátrica destacan los síntomas gastrointestinales y cutáneos. La evolución a fase crónica o persistente suele ocurrir en pacientes con valvulopatía o inmunodepresión, desarrollando endocarditis, pericarditis/miocarditis o meningoencefalitis. La inmunofluorescencia indirecta determina los títulos de inmunoglobulina (Ig) y es la prueba diagnóstica de referencia. Se consideran diagnósticos en la fase aguda (antígeno en fase II) títulos de IgG  $\geq$  1:200 y de IgM  $\geq$  1:50, y en la fase crónica (antígeno en fase I) un título de IgG  $\geq$  1:800. El tratamiento de elección es doxiciclina durante 14 días, precisando doble terapia antibiótica durante 18-24 meses en caso de evolución a forma crónica.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 10 años con antecedentes de tetralogía de Fallot y hepatitis autoinmune tipo 1, a tratamiento con azatioprina, prednisona y ácido acetilsalicílico. Presenta exantema petequeal generalizado de 3 días de evolución y esplenomegalia de 5 centímetros, sin otra clínica asociada. Reside en zona rural y refiere contacto frecuente con ganado por lo que se solicita serología de *Coxiella Burnetii*, detectándose un título de IgG positivo (1:8192) en fase I, con IgG e IgM en fase II negativos. Se inició tratamiento con doxiciclina e hidroxicloroquina y al mes se realizó control serológico en el que se objetivó un descenso en la titulación de IgG (1:1024). Actualmente, tras 3 meses de tratamiento con doble antibioterapia, el paciente se encuentra asintomático y pendiente de controles evolutivos.

### CONCLUSIONES

La fiebre Q es una zoonosis cuya presentación clínica puede ser muy variable. Ante una sintomatología y contexto ambiental compatibles debemos sospechar esta patología y realizar estudios serológicos. Se debe considerar siempre la posibilidad de infección crónica, que se define por el aumento en la titulación de IgG en fase I y un foco identificable de infección. En estos casos es necesaria la doble antibioterapia durante al menos 18 meses.

## ¿VÓMITOS? NO TODO ES LO QUE PARECE.

Romero Pérez N<sup>\*1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura CA<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, González López MT<sup>1</sup>, Carreira Sande N<sup>1</sup>, Cortizo Vázquez J<sup>2</sup>, Fernández Cebrián SA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### OBJETIVOS

La torsión ovárica es una emergencia quirúrgica, consistente en la rotación del ovario provocando la isquemia del mismo. El 15% de los casos ocurren en edad pediátrica, siendo infrecuente en lactantes (16% en niñas < 1 año). Puede ser aislada del ovario, o de todos los componentes anexiales (67%). Es más frecuente en el lado derecho. El 25% de los casos pediátricos presentan ovarios normales. Los restantes presentan patología anexial (teratomas, quistes foliculares/hemorrágicos/paraováricos). El riesgo aumenta si la masa es benigna y mayor de 5 cms. El síntoma más común es el dolor abdominal agudo, localizado y unilateral; seguido de náuseas, vómitos y anorexia. En recién nacidos y lactantes pueden presentarse como masa abdominal y/o intolerancia alimentaria. El diagnóstico es clínico, apoyado en pruebas de imagen (ECO doppler, radiografía y RM) y confirmado mediante cirugía exploratoria. Ante el diagnóstico de una masa ovárica compleja se solicitarán marcadores tumorales (HCG y AFP). En lactantes, el diagnóstico diferencial incluye entidades quirúrgicas urgentes (malformaciones, malrotación intestinal/vólvulo, Enf.Hirsprung e invaginación). Las complicaciones son tromboflebitis pélvica, hemorragia, infección y peritonitis. El tratamiento incluye laparoscopia diagnóstica, detorsión anexial y cistectomía ovárica/paraovárica si está indicado. La preservación ovárica, incluso en caso de un ovario de aspecto necrótico, es importante para el mantenimiento de la función ovárica.

### CASO CLÍNICO

Lactante de 1 mes y 6 días que ingresa por vómitos de 48 horas de evolución con periodos de tolerancia alimentaria. Está palida y presenta distensión abdominal. En analítica destaca Hb 7,7g/dl. Se realizan Ecografía craneal y abdominal presentando en esta última masa multiquística en topografía de anejo derecho de 38 cc sin flujo sanguíneo. Con diagnóstico de torsión ovárica, se realiza laparotomía transversa supraumbilical ampliada derecha evidenciándose ovario derecho aumentado, hemorrágico, necrótico y torsionado 720º. Se realiza detorsión sin signos de recuperación por lo que se realiza exéresis de anejo derecho.

### CONCLUSIONES

Aunque infrecuente la torsión ovarica del neonato y lactante debe ser considerada en el diagnóstico diferencial junto a otras causa digestivas (EHP. Malrotación intestinal, Invaginación, ERGE..) y extradigestivas (Infección, enfermedades metabólicas..) del cuadro de vómitos del neonato y lactante. El diagnóstico temprano puede permitiría evitar la exéresis anexial.

## **PUESTA EN MARCHA DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL MANEJO DE LAS LITIASIS URETERALES DISTALES EN LACTANTES**

Somoza Argibay I<sup>\*1</sup>, Casal Beloy I<sup>2</sup>, García González M<sup>2</sup>, Vincent S<sup>2</sup>, Dargallo Carbonel T<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario a Coruña. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

### **OBJETIVOS**

Los avances en cirugía mínimamente invasiva en urología en los últimos años han permitido la introducción de la endourología en la patología litiásica de los pacientes pediátricos; aunque hasta el momento no existe experiencia en nuestra comunidad principalmente por la ausencia de instrumental adecuado para ello. En la actualidad, el láser con microureteroscopia (microURS) es el tratamiento de elección en litiasis ureteral por el bajo éxito de la litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC) en estos casos. Objetivo: Presentar la eficacia y seguridad de la microURS en el manejo de cálculos ureterales distales en niños menores de dos años con nuestro primer caso.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de un paciente varón de 20 meses remitido por litiasis renal izquierda; presentando 3 cálculos de entre 3 y 9 mm piélicos y uno de 10 mm a nivel de uréter medio. Tras el fracaso del primer procedimiento de LEOC de la litiasis ureteral; se decidió realizar tratamiento endoscópico con láser mediante microURS. El procedimiento se realizó con el paciente en posición de litotomía bajo anestesia general, utilizando un microrenoureteroscopio de calibre 4.5 Fr y una fibra de 280µ de láser de Holmio. La fulguración de la litiasis se realizó a 5J y 20Hz con pulso largo. Se realizó la extracción de los restos de litiasis con cestilla de nitinol de 1,8Fr. Se colocó doble J al final del procedimiento. El tiempo quirúrgico fue de 64 minutos. El tiempo de hospitalización fue de 48 horas. A los 15 días se realizó retirada de doble J tras episodios esporádico de hematuria en una micción, se realizó además Rx de control que mostraba ausencia de litiasis.

### **CONCLUSIONES**

La reducción del tamaño del instrumental empleado en endourología ha ampliado su uso para el tratamiento retrógrado de las litiasis ureterales, siendo hoy el tratamiento de elección. La adquisición temporal de un ureterorenoscopio de 4.5 CH nos ha permitido realizar con éxito nuestro primer caso en un niño de 20 meses. La microURS es un método seguro y efectivo en el tratamiento de cálculos ureterales distales en niños menores de dos años. Debemos introducir estas técnicas en nuestra cartera de Servicios para poder ofrecer a los pacientes pediátricos las técnicas más modernas. Debemos sensibilizar a los gestores en la adquisición de material adecuado para estandarizar las técnicas reconocidas como de elección en pacientes pediátricos.

## **FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES TARDÍAS DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA.**

Romero Pérez N\*<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Nóvoa Gómez G<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

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

### **OBJETIVOS**

El retraso del crecimiento intrauterino es una situación obstétrica que implica una disminución de la velocidad de crecimiento fetal impidiendo el alcance de su potencial desarrollo genético. El objetivo de este estudio es conocer los factores de riesgo de RCIU y encontrar su relación con las complicaciones a largo plazo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de retraso de crecimiento intrauterino nacidos en el CHUO desde 01/01/2008 hasta 31/12/2014. Se recogieron datos sobre los antecedentes maternos, factores gestacionales y perinatales, datos antropométricos al nacimiento y en la edad actual, así como alteraciones metabólico-endocrinas a largo plazo.

### **RESULTADOS**

En total se revisaron 249 pacientes, de los cuales cumplían criterios de inclusión 44. La mayoría estaban en un percentil de peso inferior a p3 (68,18%) y eran varones (63,3%). Con relación a los factores gestacionales, un 4.5% de las madres habían tenido mal control del IMC durante el embarazo, un 15,9% habían sido diagnosticadas de diabetes gestacional y un 22,7% habían presentado preeclampsia. En el estudio de la somatometría actual, se ha objetivado que la mayoría de la población (70%) se encuentra en un rango de peso entre p10 y p90, con un 4.5% en percentiles superiores a p90. En el caso de la talla, el 20.4% de la muestra se encuentra en percentiles inferiores a p10, con un 4.5% en percentiles inferiores a 1. De forma similar, el 20% de la muestra presenta un IMC en percentiles inferiores a p10. En cuanto al "catch-up", el 29.5% lo había alcanzado antes de los 2 años de vida, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo: el 61.5% de los que lo habían alcanzado eran niñas, mientras que un 73.7% de los que no lo habían alcanzado eran varones. En nuestra población no se ha encontrado ningún caso de adrenarquia precoz, edad ósea adelantada ni síndrome de ovario poliquístico.

### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio se ha obtenido como principal factor de riesgo la preeclampsia materna, con una incidencia del 22.7% respecto al 2-5% de la población general. No hemos encontrado asociación con la diabetes gestacional o con la obesidad materna. En cuanto a las consecuencias a largo plazo: no se ha encontrado relación con la adrenarquia precoz, con el síndrome de ovario poliquístico ni con la edad ósea adelantada. Dada la reducida incidencia de estas patologías sería necesario un tamaño muestral mayor para poder llegar a resultados concluyentes.

## CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: VARIANTES CLÍNICAS CON UNA CAUSA COMÚN.

Romero Pérez N<sup>\*1</sup>, Míguez Campos M<sup>1</sup>, Sevivas Fontoura C<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, Cabo Jiménez V<sup>1</sup>, Rodríguez Toro I<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Crujeiras Paz M<sup>1</sup>, Sardina Ríos A<sup>1</sup>, Padín Fontán M<sup>1</sup>, Fernández Cebrían S<sup>1</sup>

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

### OBJETIVOS

El citomegalovirus (CMV) es el agente más frecuente de infección congénita en países desarrollados, así como la primera causa de hipoacusia no genética. La mayoría de pacientes infectados son asintomáticos al nacimiento, pero un importante porcentaje presentará secuelas a largo plazo, siendo la sordera neurosensorial la más prevalente. Resulta fundamental un diagnóstico precoz que permita un inicio temprano del abordaje multidisciplinario necesario. Describimos tres pacientes, cuya forma de presentación y evolución de la enfermedad reflejan la heterogeneidad clínica de esta entidad.

### CASO CLÍNICO

**PACIENTE 1** Neonato con diagnóstico prenatal de retraso del crecimiento intrauterino y ventriculomegalia unilateral. Al nacimiento se realiza estudio ecográfico en el que destaca hemorragia intraventricular bilateral con ventriculomegalia, confirmada con resonancia magnética cerebral (RMN), en la que además se observa importante afectación de la sustancia blanca periventricular. Se solicita PCR de CMV en orina, positiva. Se inicia tratamiento con ganciclovir y posteriormente valganciclovir hasta completar 6 meses. Actualmente (8 meses) se encuentra a seguimiento, presentando retraso del desarrollo psicomotor e hipoacusia neurosensorial izquierda.

**PACIENTE 2** Neonato con sospecha prenatal de infección congénita por CMV (seroconversión materna durante la gestación, PCR para CMV en líquido amniótico positiva). Ingresado al nacimiento, se confirma infección por CMV (PCR positiva en sangre y orina, negativa en líquido cefalorraquídeo), iniciándose pauta de tratamiento antiviral. Presentó importante neutropenia iatrogénica durante la misma, obligando a suspender dicho tratamiento a las 6 semanas. En la RMN cerebral se observaron quistes subcorticales temporales anteriores bilaterales, así como áreas multifocales de hiperseñal en la sustancia blanca de predominio parietal. En el momento actual, con 17 meses, presenta un desarrollo psicomotor normal, sin alteraciones auditivas asociadas.

**PACIENTE 3** Neonato varón que ingresa a las 48 horas de vida por ictericia y trombopenia. Se completa estudio con ecografía abdominal en la que se observa hepatomegalia y ecografía transfontanelar en la que presenta quistes subependimarios y vasculopatía lenticuloestriada (hallazgos confirmados en RMN cerebral). Dada la clínica compatible, se solicita PCR de CMV en orina (positiva) y se instaura tratamiento con ganciclovir y valganciclovir secuencialmente. A día de hoy, el paciente tiene 3 años, presenta un desarrollo psicomotor normal, sin secuelas auditivas ni visuales.

### CONCLUSIONES

La expresividad clínica de la infección por CMV es muy heterogénea. Pese a que la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos al nacimiento, resulta fundamental prestar atención a los hallazgos clínicos y radiológicos que puedan sugerirlo, para poder establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.





## Colaboradores

---

abbvie

 **ferrer**



**Nutribén<sup>®</sup>**

NestléNutritionInstitute







