

# 29 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA- SEPEAP - ZARAGOZA, 22 A 24 OCTUBRE 2015



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN PRANDI  
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

Secretaría: GRUPO PACÍFICO • Marià Cubí, 4 • 08006 Barcelona • Tel: 932 388 777 • Fax: 932 387 488  
E-mail: [congresosepeap@pacifico-meetings.com](mailto:congresosepeap@pacifico-meetings.com) • [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)



# XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Presidente:	Venancio Martínez Suárez
Vicepresidente:	Francisco Javier Pellegrini Belinchón
Secretario:	Juan Carlos Silva Rico
Tesorero:	Luis Sánchez Santos
Presidenta de la Fundación Prandi:	Cleofé Ferrández Gomariz
Presidente de Honor:	José del Pozo Machuca
Vocales Nacionales:	M <sup>a</sup> Esther Benítez Rabagliati Cristóbal Coronel Rodríguez Jesús García Pérez Fernando García-Sala Viguer Ana M <sup>a</sup> Rodríguez Fernández
Directora Pediatría Integral:	Inés Hidalgo Vicario
Subdirectores Pediatría Integral:	Josep de la Flor Juan Carlos Silva Rico
Director Página Web:	Antonio Iofrío De Arce

## Comité Organizador

Presidenta:	Dra. María Ángeles Learte Álvarez
Vocales:	Dra. Milagros Alonso Gregorio Dr. José María Arnal Alonso Dr. Juan Carlos Bastarós García Dra. Pilar López Lahoz

## Comité Científico

Presidente:	Dr. Javier Sierra Sirvent
Vocales:	Dra. Gloria Bueno Lozano Dra. Marta Ferrer Lozano Dr. José Galbe Sánchez-Ventura Dr. Javier Membrado Granizo Dr. José María Mengual Gil

# XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

Presidenta:	Nuria García Sánchez
Vicepresidente 1º:	Francisco Javier Sierra Sirvent
Vicepresidente 2º:	José María Arnal Alonso
Secretario General:	Gonzalo González García
Secretario de Actas:	Juan Pablo García Íñiguez
Tesorero:	Segundo Rite Gracia
Bibliotecaria y Directora del Boletín:	Carmen Campos Calleja
Vocal por Huesca:	Fernando Vera Cristóbal
Vocal por La Rioja:	Mª Yolanda Ruiz del Prado
Vocal por Soria:	Ruth Romero Gil
Vocal por Teruel:	Yolanda Aliaga Mazas
Vocal por Zaragoza:	César García Vera
Vocal de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria:	Mª Ángeles Learte Álvarez
Vocal MIR:	Elena Faci Alcalde

# CARTA DE BIENVENIDA



Queridos compañeros y amigos,

En octubre de 2001 Zaragoza acogía el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Ahora, 14 años después os damos de nuevo la bienvenida a nuestra ciudad para celebrar juntos la 29 edición del Congreso de nuestra Sociedad.

Para todos nosotros acometer la tarea de organizar un evento científico de esta magnitud ha supuesto una gran responsabilidad pero sobre todo un gran honor.

En el programa, consensuado entre Junta Directiva, Vocales Regionales y Comité Organizador, hemos querido profundizar en un amplio abanico de patologías y situaciones a las que nos enfrentamos, día a día, en nuestro quehacer habitual, los pediatras que desarrollamos nuestra profesión fuera del ámbito hospitalario. Creemos haber conseguido un contenido atractivo y útil que redundará en beneficio de todos nosotros.

Uno de nuestros objetivos es que los pediatras en formación, los residentes, se sientan representados. Para ello dispondrán de tiempo y espacio para debatir sobre sus problemas, su formación, sus expectativas laborales, su futuro en suma. Además, a través de la exposición de pósters y comunicaciones, más de 250, nos transmitirán a todos los demás una parte del dinamismo y la ilusión permanentes que caracterizan esta época formativa.

En los cursos precongreso, mesas redondas, reuniones con expertos, simposios, etc. se abordarán patologías prevalentes y también patologías y situaciones menos habituales, menos frecuentes.

Los talleres, eminentemente prácticos, constituyen una herramienta magnífica para adquirir habilidades en el manejo de muy diversas disciplinas.

No podemos olvidar la situación social. Vivimos momentos de crisis para nuestra profesión y para la sociedad en general. Nosotros, los que hemos tenido la suerte de nacer, vivir y desarrollar nuestra actividad profesional en un mundo más o menos cómodo y confortable, no podemos olvidar la violencia que sufre “el otro mundo”, la migración, las guerras, la hambruna, la exclusión social, la vida sin esperanza. Los pediatras debemos aunar nuestro esfuerzo de forma individual y colectiva, siendo generosos en nuestro ejercicio profesional, actuando como garantes de la salud global del niño y del adolescente, por desgracia, tan fácilmente vulnerable.

De todo ello hablaremos en profundidad en las diversas sesiones de contenido social y en la conferencia extraordinaria.

Y por último, no queremos olvidar el aspecto lúdico. Nuestra ciudad, a menudo de paso, merece una mirada más pausada, más profunda. Pasead por su casco viejo, visitad sus catedrales, admirad el magnífico mudéjar aragonés, o simplemente id de tapas. Esta antiquísima ciudad, con larga tradición universitaria, os acogerá con su ambiente cálido, dejando en todos vosotros un grato recuerdo y el deseo de volver.

Para nosotros será un placer compartir estos días juntos. Entre todos conseguiremos que esta empresa sea un éxito.

¡Hasta muy pronto, amigos!



# Índice

## **CONTROVERSIAS “Leche e infancia, ¿Un binomio olvidado?”**

Venancio Martínez Suárez

## **TALLERES SIMULTÁNEOS**

### **TALLER 1A: Técnicas diagnósticas complementarias en la consulta pediátrica de atención primaria.....**

M<sup>a</sup> Esther Benítez Rabagliati, Josep de la Flor i Brú, Josep Marès Bermúdez

### **TALLER 5A: Redes sociales y páginas web de utilidad para pediatras.....**

José Cristóbal Buñuel Álvarez

### **TALLER 6A: Ortopedia práctica para pediatras.....**

Cristóbal Coronel Rodríguez, Jorge Contreras López, Vanessa Granados Prieto, Juan Andrés Conejero Casares

### **TALLER 11A: El niño viajero.....**

Nuria García Sánchez, Rosa Macipe Costa





# Leche e infancia, ¿Un binomio olvidado?

Venancio Martínez Suárez

Pediatra. Centro de Salud El Llano. Gijón

La leche es un alimento básico a cualquier edad, aunque la leche de vaca entera no es recomendable como parte de la dieta en el niño menor de un año. Tratada industrialmente ha sido un gran avance en nutrición humana y su consumo generalizado ha mejorado notablemente el nivel de salud de la población. Tradicionalmente se ha considerado como el alimento más completo y equilibrado, proporcionando un elevado contenido de nutrientes en relación al contenido calórico: aporta proteínas de alto valor biológico, hidratos de carbono (fundamentalmente en forma de lactosa), grasas, vitaminas liposolubles, vitaminas del complejo B y minerales, especialmente calcio y fósforo<sup>1</sup>. Su valor nutricional es superior al de la suma de todos sus componentes, lo que se explica por su particular equilibrio o balance nutritivo<sup>2</sup>. Desde ese concepto debe señalarse que el agua es cuantitativamente su principal nutriente, ya que su contribución a la composición de la leche de vaca es cercana al 90%. Por tanto, su carácter de bebida nutritiva debe de ser destacado (Tabla 1). En todo caso, es reconocido por las principales guías alimentarias como fundamental en la idea de dieta variada y saludable<sup>3-7</sup>, aconsejándose su consumo diario al mismo nivel en la pirámide de los alimentos que el aceite de oliva<sup>8</sup>.

**Tabla 1. PRINCIPALES FORTALEZAS NUTRICIONALES DE LA LECHE**

Disponibilidad, seguridad sanitaria, precio
Aporta una importante cantidad de agua
Proteínas de alto valor biológico
Fuente de calorías con valor nutritivo
Elevada concentración de ácido oleico
Principal fuente de calcio en la alimentación humana
Fuente de vitamina D <sup>1</sup>
Alta cantidad de fósforo
Rica en vitaminas del complejo B (riboflavina, B <sub>12</sub> , B <sub>6</sub> )
Rica en niacina
Fuente de yodo <sup>2</sup>

<sup>1</sup>: La mayoría de las leches comercializadas en nuestro país son enriquecidas con vitamina D.  
<sup>2</sup>: Variable según el origen y procesamiento de la leche

## Composición proteica

La leche de vaca aporta una gran cantidad de proteínas: con dos vasos de leche se alcanzaría un aporte equivalente al 30 y 34% de las necesidades de un adulto joven, según que se trate de un varón o de una mujer, respectivamente. En nuestro medio es la principal fuente de proteínas en el preescolar y la segunda tras la carne y sus derivados en cualquier otro grupo de edad<sup>2,9</sup>. Proporciona proteínas fácilmente digeribles y aporta aminoácidos necesarios para cubrir los requerimien-

tos humanos, incluidos los esenciales. Es especialmente rica en leucina, isoleucina y lisina, a los que aparte de su función anabólica en la síntesis de proteínas se les asigna aisladamente una función protectora frente a algunas enfermedades<sup>10,11</sup>. Dentro de las proteínas de la leche de vaca se distinguen las caseínas (80% de las proteínas totales, con gran cantidad de ácido glutámico, leucina y prolina) y las proteínas del lactosuero (20% restante), con gran afinidad por el agua y solubilizadas en ella<sup>9</sup>. La caseína digerida en el tracto digestivo humano favorece la absorción intestinal y biodisponibilidad de calcio a través de la formación de complejos solubles de caseín-fosfopéptidos/calcio. Las lactoproteínas son la parte del componente proteico que permanece en suspensión tras la acidificación o coagulación enzimática de la leche, siendo sensibles a los tratamientos térmicos y fácilmente desnaturalizadas. Dado su enorme interés alimentario y su valor nutricional, se obtienen mediante procesos de ultrafiltración para ser utilizados en la elaboración de diversos productos, entre ellos las fórmulas infantiles. Entre estas proteínas del suero vacuno se encuentran la  $\alpha$ -lactoalbúmina,  $\beta$ -lactoglobulina, albúmina sérica, proteasas-peptonas e inmunoglobulinas. Existen otras proteínas (denominadas metaloproteínas por fijar de forma reversible hierro y cobre), entre las que como futuros ingredientes nutricionales funcionales pueden incluirse la lactoferrina, la transferrina y la ceruloplasmina. Por último, numerosas enzimas, como lipasas, fosfatasas y proteasas, además de la lactoperoxidasa, que participa en la formación de compuestos con actividad antimicrobiana.

En los últimos años se han descrito fragmentos de proteínas de la leche de vaca formados a partir de la digestión parcial de todas estas proteínas y que aparte de su valor nutricional pueden ser absorbidos a través de la mucosa intestinal y parecen tener una actividad específica a nivel gastrointestinal y sistémico como inmunomoduladores y mediante sus propiedades antimicrobianas, antihipertensivas y antitrombóticas<sup>12-18</sup>. Algunos de estos fragmentos proteicos podrán ser aislados y añadidos industrialmente a la leche como nutrientes funcionales y enriqueciendo su valor saludable<sup>19</sup>.

## Hidratos de carbono

La lactosa es el hidrato de carbono mayoritario de la leche de vaca<sup>1</sup>, donde mantiene una concentración relativamente constante cercana al 5% (4,8-5,2%). Posee una función principalmente energética, que pasa por su hidrólisis intestinal en los dos monosacáridos glucosa y galactosa. Además, tiene un importante papel en la síntesis de glucolípidos cerebrosidos (esenciales en el desarrollo neurológico temprano) y glicoproteínas. También actúa mejorando la eficiencia de la absorción de calcio<sup>2,9</sup>.

Aparte de la presencia de diferentes azúcares en la composición de moléculas complejas (nucleótidos, glucolípidos, glucoproteínas), otros hidratos de carbono contenidos en la leche de vaca aparte de la lactosa son los oligosacáridos. Estos son promotores de la flora bifidógena, y al no ser digeridos por el aparato gastrointestinal constituyen la fibra soluble de la leche, de manera que proveen sustrato metabólico para las bacterias intestinales. Actuarían también como receptores de patógenos, induciendo y reforzando la respuesta defensiva frente a estos<sup>20</sup>. No obstante, su presencia en la leche de vaca es significativamente menor que en la leche materna humana.

### Lípidos

La leche de vaca contiene unos 3,6 gramos de materia grasa en 100 ml, lo que supone alrededor del 50% de su valor energético. Es el elemento más variable de la leche y determinante principal de sus propiedades físicas y organolépticas. El 99% de esa materia grasa la forman los lípidos (de ellos 96% triglicéridos; y el resto fosfolípidos –lecitinas, gangliósidos- y lípidos simples: mono y diglicéridos, ésteres del colesterol). Junto a los lípidos están las grasas insaponificables: colesterol, vitaminas liposolubles –A, K, D y E, en concentraciones variables-, carotenoides y xantenos<sup>1,21,22</sup>.

Aparte de su valor energético contiene cantidades elevadas de ácidos grasos de cadena corta (de menos de 8 carbonos) y media (hasta 16 carbonos), lo que mejora su digestibilidad. Posee una concentración elevada de ácidos grasos saturados (mirístico, palmítico y esteárico), que pueden representar hasta el 65% del total de ácidos grasos. El único ácido graso insaturado presente en gran cantidad en la leche de vaca es el ácido oleico, de gran importancia como lípido estructural y regulador de los lípidos plasmáticos, ya que parece disminuir las concentraciones de colesterol plasmático, triglicéridos y LDL-colesterol<sup>23</sup>, pudiendo tener cierto efecto protector frente a la enfermedad coronaria<sup>24</sup>. En cambio, son escasos (menos del 4% del total de ácidos grasos) los poliinsaturados (linoleico,  $\alpha$ -linolénico). Los efectos específicos sobre la salud de cada ácido graso de la leche ha sido extensamente estudiado en los últimos años, y aunque puedan mantenerse ciertas controversias por falta de estudios bien diseñados puede afirmarse que junto a algunas acciones beneficiosas de ciertos ácidos grasos –antitumorales, antivíricas, antibacterianas y anticánceres<sup>24,25-31</sup> existen otras neutras o no concluyentes y otras que señalan para algunos de ellos un riesgo cuando se acompañan de otras condiciones individuales, fundamentalmente modificando el perfil de lipoproteínas plasmáticas en el sentido de un mayor riesgo aterogénico<sup>25,26</sup>. Y frente a la información inicial de varias investigaciones<sup>31-33</sup> disponemos de estudios epidemiológicos que no permiten establecer una relación entre el mayor consumo de leche y derivados con el desarrollo de enfermedad cardiovascular<sup>34-44</sup>. Debe recordarse que la concentración de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (PUFAs) en la leche de vaca es de aproximadamente 2g/l, siendo los principales los citados linoleico y  $\alpha$ -linolénico; y la relación  $\omega$ 3/ $\omega$ 6 es más favorable que en otros alimentos no marinos<sup>45</sup>. Estas informaciones, junto a una concentración de colesterol de 15-30 mg/ 100 ml ha sido tenido en cuenta a la hora de establecer las recomendaciones de consumo diario en los diferentes grupos de edad<sup>46</sup> (Tabla II).

**Tabla II. INGESTA RECOMENDADA DE LÁCTEOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y ESTADO FISIOLÓGICO<sup>46</sup>**

Primera infancia (2-6 años) 2 raciones
Escolares (6-10 años) 2-3 raciones
Adolescentes (10-18 años) 3-4 raciones
Adultos 2-3 raciones
Mayores de 60 años 2-4 raciones
Embarazada 3-4 raciones
Lactancia 3-4 raciones
Ración de leche = 200-250 ml (1 taza); ración de yogur = 125 g; ración de queso maduro = 40-50 g; ración de queso fresco = 125 g

### Minerales

Alrededor del 1% de los componentes de la leche son minerales, presentes en forma tanto de sales orgánicas como inorgánicas<sup>47</sup>. Es, por tanto, una importante fuente de estos elementos para suplir las necesidades de crecimiento y desarrollo (valor nutricional), así como para mantener un adecuado equilibrio iónico del medio interno (homeostasis). Así, en la leche de vaca existen cantidades significativas de fósforo, cinc, sodio y potasio, pero también de yodo, selenio y cromo. No obstante, es el contenido en calcio el que convierte a la leche y sus derivados en la principal fuente de este mineral para la especie humana, imprescindible para la vida y condicionante fundamental del estado de salud<sup>48,49</sup>. Tal como se ha demostrado en numerosos estudios, una ingesta suficiente de calcio desde las primeras etapas de la vida favorece la salud ósea y dental, habiéndose descrito también su actividad en la prevención de la osteoporosis, hipertensión, de algunos tipos de tumores y se relaciona con un mejor control de peso. Dos vasos de leche diarios cubrirán el 60% y 68% de las necesidades de calcio y fósforo, respectivamente, en un adulto joven.

### Vitaminas

La leche de vaca entera tiene cantidades significativas de algunas vitaminas hidrosolubles y liposolubles. Un porcentaje elevado de los requerimientos de vitaminas B<sub>12</sub>, riboflavina (vitamina B<sub>2</sub>), vitamina A, niacina y piridoxina (vitamina B<sub>6</sub>) se cubren con el consumo de leche recomendado según la edad (Tabla III)<sup>50-54</sup>. Junto al selenio, las vitaminas A y E son los principales antioxidantes de la leche de vaca<sup>45</sup>. Por otro lado, la vitamina D es añadida de manera rutinaria en la mayor parte de las leches enteras comercializadas en nuestro país<sup>48</sup>.

**Tabla III. PRINCIPALES NUTRIENTES DE LA LECHE**

MINERALES (mg/100 ml)	VITAMINAS (µg/100 ml)
Potasio 138	Vitamina A 30,0
Calcio 125	Vitamina D 0,06
Cloro 103	Vitamina E 88,0
Fósforo 96	Vitamina K 17,0
Sodio 58	Vitamina B <sub>1</sub> 37,0
Azufre 30	Vitamina B <sub>2</sub> 180,0
Magnesio 12	Vitamina B <sub>6</sub> 46,0
Elementos traza <sup>1</sup> < 0,1	Vitamina B <sub>12</sub> 0,42
	Vitamina C 1,7

<sup>1</sup>: entre otros, se consideran elementos traza el cobalto, selenio, molibdeno, cobre, hierro, manganeso, cinc, yodo

## Bibliografía principal:

1. Foods Standards Agency (2002). McCance and Widdowson's The Composition of Foods Sixth Summary Edition. Cambridge: Royal Society of Chemistry.
2. Agostoni C, Turck D. Is cow's milk harmful to a child's health?. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011; 53(6):594-600. doi: 10.1097/MPG.0b013e318235b23e.
3. Department of Health in association with the Welsh Assembly Government, the Scottish Government and the Food Standards Agency in Northern Ireland (2010). Disponible en: <http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Documents/Eatwellplate.pdf>
4. Children's Health Development Foundation (1998) The Australian Guide to Healthy Eating. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/healthyactive/publishing.nsf/content/eating/File/fdpost.pdf>
5. Food Guide Study Group, The Ministry of Health, Labour and Welfare and the Ministry of Agriculture, Forestry and Fishery (2005) Report of the Food Guide Study Group: Food Guide Spinning Top. Disponible en: [http://www.maff.go.jp/j/balance\\_guide/b\\_use/pdf/eng\\_reinasi.pdf](http://www.maff.go.jp/j/balance_guide/b_use/pdf/eng_reinasi.pdf)
6. US Department of Agriculture Centre for Nutrition Policy and Promotion (2005) Mypyramid. Disponible en: <http://www.mypyramid.gov/downloads/MiniPoster.pdf>
7. Drewnowski A et al. (2010) The Nutrient Rich Foods Index helps to identify healthy affordable foods. *Am J Clin Nutr* 91(S1):1095S-101S.
8. Alimentación Saludable. Programa PERSEO. Pirámide de los alimentos. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición Subdirección General de Coordinación Científica; 2007.
9. Miller GD, Jarvis JK & McBean LD (2007). The Importance of Milk and Milk Products in the Diet, en: Handbook of Dairy Foods and Nutrition. Third Edition. CRC Press, Boca Raton, Florida, USA.
10. Layman DK. The role of leucine in weight loss diets and glucose homeostasis. *J Nutr* 2003; 133:261S-267S.
11. Swaisgood HE. Protein and amino acid composition of bovine milk. En Handbook of milk composition, editado por: Jensen RG. Academic Press, USA; 1995:464-68.
12. Birgisdottir BE, Hill JP, Harris DP, Thorsdottir I. Variation in consumption of cow milk proteins and lower incidence of Type 1 diabetes in Iceland vs the other 4 Nordic countries. *Diabetes Nutr Metab* 2002; 15:240-5.
13. Meisel H, Fitzgerald RJ. Biofunctional peptides from milk proteins: mineral binding and cytomodulatory effects. *Curr Pharm* 2003; 9(16):1289-95.
14. Jauhiainen T, Korpela R. Milk peptides and blood pressure. *J Nutr* 2007; 137:825S-9S.
15. Wolfe RR. Regulation of muscle protein by amino acids. *J Nutr* 2002; 3219S-3224S.
16. Frid AH, Nilsson M, Holst JJ, Bjorck IM. Effect of whey on blood glucose and insulin responses to composite breakfast and lunch meals in type 2 diabetic subjects. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:69-75.
17. Pereira MA, Jacobs DR Jr, Van Horn L, Slattery ML, Kartashov AI, Ludwig DS. Dairy consumption, obesity, and the insulin resistance syndrome in young adults: the CARDIA Study. *JAMA* 2002; 287:2081-9.
18. Raikos V, Dassios T. Health-promoting properties of bioactive peptides derived from milk proteins in infant food: a review. *Dairy Sci Technol*. 2014; 94:91-101. Epub 2013 Oct 16.
19. Etzel MR: Manufacture and use of dairy protein fractions. *J Nutr* 2004, 134:996S-1002S.
20. Zivkovic AM<sup>1</sup>, Barile D. Bovine milk as a source of functional oligosaccharides for improving human health. *Adv Nutr*. 2011; 2(2):284-9. doi: 10.3945/an.111.000455. Epub 2011 Apr 30.
21. European Parliament and Council (2007) Regulation (EC) No 1153/2007 of 26 September 2007 amending Regulation (EC) No 2597/97 laying down additional rules on the common organisation of the market in milk and milk products for drinking milk. Official Journal of the European Union OJ L 258/6 04.10.2007.
22. Lock AL. Introduction to the proceedings of the symposium Scientific Update on Dairy Fats and Cardiovascular Diseases. *J Am Coll Nutr* 2008; 27: 720S-22S.
23. Kris-Etherton PM, Pearson TA, Wan Y, Hargrove RL, Moriarty K, Fishell V, Etherton TD. High-monounsaturated fatty acid diets lower both plasma cholesterol and triacylglycerol concentrations. *Am J Clin Nutr* 1999, 70:1009-15.
24. Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003; 77:1146-55.
25. Grundy SM. Influence of stearic acid on cholesterol metabolism relative to other long-chain fatty acids. *Am J Clin Nutr* 1994; 60:986S-990S.
26. Thormar H, Isaacs EE, Kim KS, Brown HR. Interaction of visna virus and other enveloped viruses by free fatty acids and monoglycerides. *Ann N Y Acad Sci* 1994; 724:465-71.
27. German JB. Butyric acid: a role in cancer prevention. *Nutr Bull* 1999; 24:293-9.
28. Sun CQ, O'Connor CJ, Robertson AM: The antimicrobial properties of milkfat after partial hydrolysis by calf pregastric lipase. *Chem Biol Interact* 2002; 140:185-98.
29. Schuster GS, Dirksen TR, Ciarlone AE, Burnett GW, Reynolds MT, Lankford MT. Anticaries and antiplaque potential of free-fatty acids in vitro and in vivo. *Pharmacol Ther Dent* 1980; 5:25-33.
30. Sun CQ, O'Connor CJ, Robertson AM. Antibacterial actions of fatty acids and monoglycerides against *Helicobacter pylori*. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003; 36:9-17.
31. Chi D, Nakano M, Yamamoto K. Milk and milk products consumption in relationship to serum lipid levels: a communitybased study of middle-aged and older population in Japan. *Cent Eur J Public Health* 2004; 12:84-7.
32. Mensink RP, Katan MB. Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a metaanalysis of 27 trials. *Arterioscler Thromb* 1992; 12:911-19.
33. Hegsted DM, Ausman LM, Johnson JA, Dallal GE. Dietary fat and serum lipids. *Am J Clin Nutr* 1993; 57:875-83.
34. Sandstrom B, Marckmann P, Bindsvlev N. An eight-month

- controlled study of a low-fat high-fibre diet: effects on blood lipids and blood pressure in healthy young subjects. *Eur J Clin Nutr* 1992; 46:95-109.
35. Marckmann P, Sandstrom B, Jespersen J. Low-fat, high-fiber diet favorably affects several independent risk markers of ischemic heart disease: observations on blood lipids, coagulation, and fibrinolysis from a trial of middle-aged Danes. *Am J Clin Nutr* 1994; 59:935-9.
  36. Seidel C, Deufel T, Jahreis G. Effects of fat-modified dairy products on blood lipids in humans in comparison with other fats. *Ann Nutr Metab* 2005; 49:42-8.
  37. Eichholzer M, Stahelin H. Is there a hypocholesterolemic factor in milk and milk products? *Int J Vitam Nutr Res* 1993; 63:158-67.
  38. Elwood PC, Pickering JE, Hughes J, Fehily AM, Ness AR. Milk drinking, ischaemic heart disease and ischaemic stroke. Evidence from cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58:718-24.
  39. Stähelin HB. Nutritional factors Correlating with Cardiovascular Disease: Results of the Basel Study. *Nutrition and Cardiovascular Risks. Bibl Nutr Dieta. Basel, Karger* 1992, 49:24-35.
  40. Willett WC, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, Rosner BA, Sampson LA, Hennekens CH. Intake of trans fatty acids and risk of coronary heart disease among women. *Lancet* 1993; 341:581-35.
  41. Fehily AM, Yarnell JW, Sweetnam PM, Elwood PC. Diet and incident ischaemic heart disease: The Caerphilly study. *Br J Nutr* 1993, 69:303-14.
  42. Ness AR, Smith GD, Hart C. Milk, coronary heart disease and mortality. *J Epidemiol Community Health* 2000; 55:379-82.
  43. Smedman AE, Gustafsson IB, Berglund LG, Vessby BO. Pentadecanoic acid in serum as a marker for intake of milk fat: relations between intake of milk fat and metabolic risk factors. *Am J Clin Nutr* 1999; 69:22-9.
  44. Warensjo E, Jansson JH, Berglund L, Boman K, Ahren B, Weinehall L, Lindahl B, Hallmans G, Vessby B. Estimated intake of milk fat is negatively associated with cardiovascular risk factors and does not increase the risk of a first acute myocardial infarction. A prospective case-control study. *Br J Nutr* 2004; 91:635-42.
  45. Haug A, Høstmark AT, Harstad OM. Bovine milk in human nutrition-a review. *Lipids Health Dis* 2007; 6-25.
  46. Baró L, Lara F, Corral E. Leche y derivados, dentro del Tratado de Nutrición de Ángel Gil, 2ª edición. Tomo II. Editorial Médica Panamericana 2010.
  47. Flynn A. Minerals and trace elements in milk. *Adv Food Nutr Res* 1992; 36:209-52.
  48. Martínez V, Moreno JM, Dalmau J y Comité de Nutrición de la AEP. Recomendaciones de ingesta de calcio y vitamina D: posicionamiento del Comité de Nutrición de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2012; 77:57.e1-e8. doi:10.1016/j.anpedi.2011.11.
  49. Insel P, Turner RE, Ross D. Nutrition, Second edition. American dietetic association, Jones and Bartlett, USA; 2004.
  50. Gregory JR. The National Diet and Nutrition Survey: Children aged 1½ to 4½ years. Volume 1: Report of the National Diet and Nutrition Survey. London, 1995: HMSO.
  51. Gregory J et al. (2000) The National Diet and Nutrition Survey: Young people aged 4 to 18 years. Volume 1: Report of the National Diet and Nutrition Survey. London, 2000: HMSO.
  52. Keast DR. Contributions of milk, dairy products, and other foods to vitamin D intakes in the U.S. NHANES, 2003. *FASEB Journal* 2010; 24:745.9.
  53. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA), 2010. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to riboflavin (vitamin B2) and contribution to normal energy-yielding metabolism (ID 29, 35, 36, 42), contribution to normal metabolism of iron (ID 30, 37), maintenance of normal skin and mucous membranes (ID 31,33), contribution to normal psychological functions (ID 32), maintenance of normal bone (ID 33), maintenance of normal teeth (ID 33), maintenance of normal hair (ID 33), maintenance of normal nails (ID 33), maintenance of normal vision (ID 39), maintenance of normal red blood cells (ID 40), reduction of tiredness and fatigue (ID 41), protection of DNA, proteins and lipids from oxidative damage (ID 207), and maintenance of the normal function of the nervous system (ID 213) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*, 8(10):1814.
  54. Michaelsen KF, Hoppe C, Lauritzen L, Molgaard C. Whole cow's milk: why, what and when?. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2007; 60:201-16.

# Técnicas diagnósticas complementarias en la consulta pediátrica de atención primaria

M<sup>a</sup> Esther Benítez Rabagliati\*, Josep de la Flor i Brú\*\*, Josep Marès Bermúdez\*\*\*

\*Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud El Doctoral. Gran Canaria. Las Palmas. \*\*Pediatra de AP. Cap Vila Vella. Sant Vicenç dels Horts. Institut català de la Salut. Barcelona. Vocal regional de la SEPEAP. Coordinador del TECDIAP. \*\*\*Pediatra de AP. Director del Institut Pediàtric Marès-Riera. Blanes. Girona

## Introducción

Los pediatras de Atención primaria trabajamos habitualmente en consultas escasamente dotadas de medios diagnósticos, que en muchas ocasiones se reducen a un depresor lingual, un fonendoscopio, un otoscopio (no siempre en perfectas condiciones) y unas tiras reactivas para orina. En un número creciente de consultas se dispone de pulsioximetría y de test de diagnóstico rápido para estreptococo. Esta penuria se trata de compensar con grandes dosis de afición, vocación y entrega, pero obliga a una práctica basada fundamentalmente en la clínica y el empirismo, limita nuestra capacidad resolutoria, y favorece la sensación de rutina, desmotivación y creciente frustración profesional (burnout). En este taller se presentan métodos e instrumental diagnóstico complementario que permite hacer diagnósticos basados en pruebas, modificar conductas epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas, dar mayor consistencia y fortaleza a las explicaciones dadas a los padres, generar mayor confianza en la relación médico-paciente, racionalizar el uso de los recursos sanitarios y aumentar la eficiencia y la satisfacción de nuestro ejercicio profesional.

## Taller de técnicas diagnósticas complementarias en la consulta de pediatría de atención primaria

La otitis media aguda (OMA) es sin duda uno de los diagnósticos más frecuentes en una consulta de pediatría de AP. Sin embargo, es un diagnóstico difícil, dado que se basa en la combinación de una exploración clínica, la otoscopia, que nos ofrece unos datos de interpretación subjetiva, que además se realiza en condiciones que a menudo no son óptimas (campo de visión reducido, presencia de cerumen que dificulta o impide totalmente la visualización de la membrana timpánica, espejuelos de amplitud inadecuada, fuentes de luz de potencia insuficiente) y también en la presencia de datos clínicos en ocasiones poco específicos.

### 1. Cureta luminosa para la extracción guiada de cerumen del conducto auditivo externo

La presencia de cerumen obstructivo es uno de los problemas más frecuentes que encuentra el pediatra de AP para realizar una otoscopia correcta. La limpieza directa con curetas, metálicas o de plástico, suele hacerse a ciegas, con el riesgo de provocar heridas leves pero muy sangrantes en el conducto auditivo. El lavado directo a presión, sin reblandecimiento previo, suele ser doloroso, frecuentemente ineficaz, y además debería hacerse con el convencimiento de que la membrana timpánica está íntegra. El reblandecimiento prelavado con cerumenolíticos requiere de varios días o semanas,

lo que lo invalida como método utilizable para el diagnóstico de un cuadro agudo.

La cureta luminosa permite una extracción guiada y posibilita una visualización de la membrana timpánica total o suficiente para poder hacer el diagnóstico en más del 50% de casos en que el cerumen inicial lo imposibilita. Es útil en cerumen superficial y blando (amarillo, marrón), pero no en cerumen profundo e impactado en las paredes (negro).

### 2. Timpanometría/Impedanciometría

La timpanometría es una técnica no invasiva, muy validada, con sensibilidad y especificidad similar a la timpanocentesis para confirmar la presencia de derrame en oído medio (OM). Es una prueba automática no molesta, totalmente inocua, muy bien aceptada tanto por los pacientes como por sus padres, que en pocos segundos evalúa la transferencia de energía acústica desde un medio aéreo con poca resistencia-impedancia (OM) a un medio líquido con mucha impedancia (cóclea), determinando la resistencia (impedancia) del paso del sonido en caso de la presencia de líquido en OM. Si en el OM hay líquido de cualquier tipo (trasudado, exudado, sangre), situación siempre patológica, se producirá un rebote de energía sonora nuevamente hacia la membrana timpánica.

El timpanómetro aplica en una sola exploración diferentes presiones que modifican la rigidez de la membrana timpánica. Los cambios se reflejan en una curva llamada timpanograma, con 3 registros básicos: 1-curva normal: picuda y centrada. 2-Disfunción de la trompa de Eustaquio (DTE): curva desplazada hacia la izquierda y 3-otitis media con exudado o derrame (OME): curva plana o indetectable.

Es muy importante tener claro que la timpanometría NO hace el diagnóstico de OMA sino de OME, y es el clínico el que con esta información debe orientar el diagnóstico. La ausencia de derrame descarta una OMA y también una OME. En una otitis externa con otorrea, la timpanometría no detecta derrame ya que el OM es normal, lo que nos permite hacer un imprescindible diagnóstico diferencial entre OMA supurada y otitis externa con otorrea, de grandes repercusiones terapéuticas. También nos permite comprobar si hay una perforación, ya que el timpanómetro mide el volumen del OM, y en caso de perforación, el de oído externo + OM, por continuidad de cavidades. Un volumen > 1 ml en niños pequeños (< 7 años) o > de 2 ml en niños mayores y adolescentes indica perforación, a menudo indetectable en la otoscopia. Esta misma información permite comprobar el adecuado funcionamiento de los tubos de timpanostomía. Si están presentes y funcionales, la timpanometría nos mostrará un volumen equivalente al de la perforación.



Además de la OMA o de la OME, la timpanometría es muy útil para hacer el seguimiento de la evolución del derrame, con lo que podremos valorar la presencia de OME crónica, para hacer el diagnóstico de DTE o presión negativa en OM, que puede cursar con otalgia en un resfriado común, y que es el evento fisiopatológico imprescindible para el desarrollo posterior de otitis media (curva de timpanograma desplazada a la izquierda) y para hacer el diagnóstico diferencial entre miringitis (ausencia de derrame, con curvas de DTE o totalmente normales) y con clínica sugestiva de OMA, con otalgia e hiperemia timpánica (a veces muy intensas). La miringitis puede preceder a una OMA o ser posterior a la misma, en fase de resolución.

La timpanometría ofrece resultados fiables a partir de los 6 meses, dado que la distensibilidad del conducto auditivo en menores de esta edad condiciona la validez de los resultados, que son sensibles pero poco específicos.

Los timpanómetros actuales son altamente manejables, de poco peso, no mucho mayores que un otoscopio convencional, lo que permite incluso su transporte en un maletín de urgencias. Las gráficas obtenidas son de interpretación sencilla con una mínima formación previa.

Es muy importante tener claro, que pese a que la hipoacusia más frecuente en niños es la de transmisión, que prácticamente siempre será debida a OME y cursará con un timpanograma plano, la timpanometría no permite evaluar la capacidad auditiva del individuo.

### 3. Otoscopia neumática

La otoscopia neumática, extensamente descrita en la literatura internacional, es poco utilizada en nuestro medio, sorprendentemente ni por los especialistas. Su valor está en que mejora la sensibilidad de la otoscopia visual en la detección de OME, acercándose a los resultados de técnicas objetivas, como la impedanciometría o la reflectometría acústica. La técnica es muy sencilla, puesto que se trata de adaptar un insuflador de goma a la toma de aire que tienen la mayoría de otoscopios. Con el espéculo más ancho que permita el conducto del niño se aplica presión negativa (introducción del insuflador totalmente colapsado en el conducto auditivo y dilatación posterior del mismo, que debe mostrar aproximación de la membrana timpánica hacia el examinador), y luego positiva (contracción del insuflador, que debe mostrar alejamiento de la membrana timpánica del examinador), observando la movilidad de la membrana timpánica. La disminución o abolición de la movilidad es altamente sugestiva de OME. Al igual que en la otoscopia convencional, es preciso que el conducto esté limpio de cerumen para una adecuada valoración. La combinación de los hallazgos obtenidos con otoscopia visual y la valoración de la movilidad timpánica aumentan la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo en el diagnóstico de otitis media, pero sigue sin presentar la correlación suficiente con los resultados obtenidos con técnicas de detección objetiva de exudado en oído medio. La otoscopia neumática sigue siendo una exploración de valoración subjetiva y se necesita experiencia para poder obtener información adecuada, y un grado de sujeción del niño aún mayor, puesto que la duración y la ligera molestia de la exploración es algo mayor, pero la inocuidad y nulo coste de la técnica la hace altamente recomendable en la habitual ausencia de métodos de detección objetiva de OME.

### 4. Otoemisiones acústicas

La valoración de un niño con OMA de repetición o con OME crónica es un problema muy frecuente en la consulta pediátrica de AP. El pediatra teme las posibles repercusiones funcionales que tenga esta patología en el niño. Sin embargo un niño normal no colabora con una audiometría convencional como muy pronto hasta los 5 años y el potencial impacto de estas patologías se produce a edades muy inferiores, por lo que el pediatra suele proceder a una derivación especializada que en muchas ocasiones es muy improductiva.

Una de las utilidades más conocidas de las técnicas de detección de las otoemisiones acústicas evocadas (OAE) es el screening neonatal sistemático de la sordera congénita de origen sensorial (coclear), aunque en la actualidad han quedado bastante desplazadas por los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC), que permiten detectar también sorderas neurales. El registro de las OAE es una técnica diseñada para detectar las emisiones transitoriamente evocadas por el oído interno (cóclea) en respuesta a un estímulo sonoro en la banda de 1.6-3.2 kHz, rango de frecuencias esenciales en el desarrollo del lenguaje. Una prueba de OAE normal indica normalidad en el paso del sonido por conducto auditivo externo, oído medio y buen funcionamiento de la cóclea, hasta un límite de pérdida de 30 decibelios. Una prueba alterada de OAE indica que hay una pérdida auditiva superior a 30 decibelios, límite considerado como de repercusión funcional significativa.

Esta pérdida puede ser debida a presencia significativa de cerumen (lo que descartaremos por otoscopia), tener el origen en oído medio (hipoacusia de transmisión) o bien en la propia cóclea (hipoacusia sensorial). La prueba no nos descarta la afectación del nervio auditivo (hipoacusia neural), por otro lado excepcional en pediatría y generalmente marcada por antecedentes familiares. Esta técnica es un instrumento de gran valor para el seguimiento del niño con hipoacusia de transmisión, debida generalmente a una OME crónica (OMEC) y en el que a menudo se plantea la necesidad o no de derivación para adenoidectomía y/o colocación de drenajes transtimpánicos. Además de la obstrucción respiratoria alta significativa, la situación establecida de indicación quirúrgica en estos pacientes es la constatación de una hipoacusia significativa y persistente, que puede interferir en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje. Las OAE son un instrumento excelente para controlar a los pacientes con OMEC y detectar el umbral auditivo del niño por encima o por debajo del nivel de detección de 30dB, considerado como el límite de hipoacusia moderada/severa que justificaría la derivación a ORL y la probable indicación quirúrgica. La posibilidad de realizar esta prueba, que no necesita la colaboración del paciente (pero no debe llorar o hacer ruido, ni debe haber ruido ambiental significativo), objetiva, disponible en todas las edades, permite la evaluación cuantitativa de la audición en el niño pequeño, en el que no es posible realizar una audiometría.

### 5. Ecografía portátil de senos

Otro diagnóstico difícil en pediatría es el de sinusitis. Si bien se considera que es una complicación que afecta entre un 5-10% de todas las infecciones de vías altas, es evidente que se diagnostican muchas menos, probablemente por la no accesibilidad visual al foco donde se produce la infección. En muchas guías se recomienda hacer un diagnóstico de sospe-

cha en base a la sintomatología clínica, y no en la clásicamente utilizada exploración radiológica simple de los senos.

La ecografía de senos es una exploración rápida, simple y de carácter no invasivo, utilizada en el diagnóstico objetivo de la sinusitis. El procedimiento es indoloro, se puede repetir ilimitadamente, es de interpretación sencilla y no irradia al niño. No obstante, también tiene sus limitaciones: no sirve para el diagnóstico de la sinusitis etmoidal, más propia del lactante, que debe seguir fundamentándose en un grado elevado de sospecha clínica, dado que las complicaciones son más frecuentes en este grupo etario, ni de la sinusitis esfenoidal, más característica del adolescente, pero que habitualmente se presenta dentro de un contexto de pansinusitis; por otro lado, su elevado coste dificulta la incorporación sistemática al utillaje del pediatra de AP. En la mayor parte de estudios, ha demostrado buena sensibilidad (> 86%) y especificidad (>96 %), superiores a la radiología, para determinar la presencia de exudado de los senos maxilares, situación que en los estudios de correlación con punción equivale a sinusitis bacteriana. No se ha mostrado tan precisa como la radiología en la detección de pequeñas hipertrofias de mucosa (sensibilidad máxima del 68%), situación de menor trascendencia clínica o terapéutica, dado que se correlaciona con la presencia de una rinosinusitis vírica, y en consecuencia con la no utilización inicial de antibióticos, o con sinusitis crónica asociada a asma bronquial extrínseco. Los senos frontales han recibido menor atención, pero los resultados parecen igualmente favorables.

En un estudio de correlación de la sintomatología clínica clásicamente considerada como sospechosa de sinusitis y los hallazgos de la ultrasonografía de senos, hemos comunicado, en una gran muestra de pacientes pediátricos de AP, que la clínica es poco sensible, aunque muy específica en el diagnóstico de sinusitis, y que el apoyo en técnicas de interpretación objetiva parece cada vez más imprescindible en el manejo de esta patología respiratoria común.

## 6. Bilirrubinometría transcutánea

El alta precoz de recién nacidos con ictericia supone todo un reto de seguimiento para el pediatra de AP, que en muchas ocasiones duda de si hacer una nueva determinación de bilirrubina sérica (con las dificultades de la extracción de sangre en lactantes a nivel ambulatorio), suspender temporalmente la lactancia materna, o simplemente rederivar nuevamente al bebé al servicio hospitalario. En la práctica común el tema queda limitado generalmente a recomendar la exposición al sol.

La técnica de determinación de bilirrubina transcutánea (Btc) ha mostrado excelentes correlaciones con las cifras obtenidas en suero, por lo que es un magnífico método de screening en la AP.

Se recomienda utilizar el siguiente protocolo:

- Practicar Btc a todos los niños con ictericia neonatal. Se hará una determinación basal y un control a las 24 horas. Se derivará al hospital si:
  - 1-la Btc es > 12 en niños a término.
  - 2-la Btc es > 15 en niños pre-término.
  - 3-si el aumento de bilirrubina es > 5 mg/dL en 24 horas.

## 7. Screening visual

El objetivo primordial de las pruebas de screening visual

realizadas por el pediatra es detectar, lo más precozmente posible, las alteraciones visuales que de no ser tratadas, pueden causar un déficit permanente de la visión como es la ambliopía.

La ambliopía, por su frecuencia y por ser una causa prevenible de pérdida de visión si se detecta precozmente, es sin duda el principal objetivo de la exploración oftalmológica pediátrica en los primeros años de vida. El objetivo es detectar la ambliopía lo más precozmente posible y siempre preferentemente antes de los 5-6 años.

Podemos definir la ambliopía (ojo vago) como la disminución de la agudeza visual producida por falta de uso en los primeros años de la vida.

La prevalencia de ambliopía o de factores de riesgo para padecerla se estima entre el 1-4% de los niños.

Las principales causas de ambliopía son:

- Anisometropía (diferencias de refracción entre los dos ojos).
- Estrabismo constante del mismo ojo (pérdida de la alineación normal de los dos ojos).
- Ametropía (defecto óptico importante en los dos ojos) que da una ambliopía bilateral.
- Deprivación (por defecto orgánico que impide que la imagen se forme en la retina adecuadamente) como las ptosis palpebrales totales, la catarata congénita y las opacidades corneales.

La determinación de la agudeza visual con la finalidad de detectar errores de refracción se realiza, de forma rutinaria en AP habitualmente a partir de los 4 años de edad (algunos/pocos niños colaboran a partir de los 3 años), utilizando láminas de optotipos. Los resultados de esta exploración son dependientes del tipo de láminas utilizadas (Pigassou, E de Snellen, HVOT o otras) de la edad y grado de colaboración del niño, así como de la experiencia y pericia del examinador. La falta de colaboración de algunos pacientes en la exploración rutinaria de los 4 años puede retardar el diagnóstico de los posibles errores de refracción y el tratamiento por parte del oftalmólogo.

Efectividad del tratamiento:

El 90% de les ambliopías estrábicas o anisométricas se curan con un tratamiento correcto si se tratan antes de los 4 años; solamente un 60% si se tratan entre los 4-6 años y un 30% entre los 6-8 años.

Existen test de visión estereoscópica como el test de Lang o el StereoFly Test (Test de Titmus o "test de la mosca") que exploran la estereopsis o visión en 3D y por tanto nos es útil para detectar la pérdida de esta visión estereoscópica que presentan los niños con anisometropía, estrabismos y en definitiva los que presentan o pueden desarrollar una ambliopía. El niño con visión estereoscópica es capaz de identificar determinados dibujos en unas láminas (test de Lang), o en el caso del Test de la mosca (requiere la utilización de gafas polarizadas) ver la mosca en 3D por delante de la lámina. Permite avanzar el screening a los 3 años en la mayoría de niños, incluso con el test de Lang a los 2 años. No detecta defectos de refracción sino una posible ausencia de visión estereoscópica, y obliga a derivar al oftalmólogo a los pacientes detectados para confirmar/descartar el posible defecto. También tiene dificultades de colaboración, sobre todo cuando más pequeño es el niño, lo que ocasiona muchos falsos positivos y posibles derivaciones innecesarias.

El autorefractómetro de visión binocular ha sido, sin

ningún tipo de duda, la mayor aportación al diagnóstico precoz de la ambliopía en la infancia.

La disponibilidad de dispositivos automáticos que no dependen de la respuesta del paciente ni de la pericia del examinador y que requieren únicamente una mínima colaboración (mirar al aparato) y permiten detectar alteraciones tanto del alineamiento como de la refracción visual desde los primeros meses de vida suponen una aportación decisiva.

A diferencia de los refractómetros utilizados habitualmente en la ópticas, el que se presenta en este taller realiza el estudio de visión simultáneamente de los dos ojos, en lugar del estudio de visión monocular que realizan aquellos, lo que los convierte en muy poco útiles para la detección de anisometropías o ambliopías, debido a la capacidad de acomodación de los niños pequeños.

En 2012 la AAP publicó un “policy statement” en el que establecía que la detección mediante fotoscreening o autorefractómetro constituyen la metodología de elección por debajo de los 3 años.

Los autorefractómetros binoculares Plusoptix A09 o el nuevo portátil Plusoptix A12 nos permite explorar lactantes a partir de los 6 meses. Este dispositivo mide la refracción de los dos ojos simultáneamente. No requiere dilatación pupilar. Proporciona resultados sobre la refracción (esfera, cilindro y eje), tamaño de la pupila, distancia interpupilar y alineación ocular. El tiempo de medida es de pocos segundos.

Al realizar la prueba en pocos segundos, evita que el niño acomode y compense falseando la refracción. Aún así ya que la acomodación que pueda realizar el niño siempre es simétrica en visión binocular, al realizar la lectura automática de forma binocular siempre se detectan las anisometropías, incluso aunque el niño fuera capaz de acomodar.

Se trata de una exploración instrumental “de puerta de entrada” o “screening” que nos indica de forma automática (“pasa” o “remitir”) que pacientes han de ser derivados

para una adecuada exploración oftalmológica. Pero nos da una información detallada de la refracción, con la fórmula esfero-cilíndrica (similar a la fórmula esquiástica que el oftalmólogo determina con la retinoscopia), y el defecto de refracción por el que establece la necesidad de remisión al oftalmólogo.

Para ello contiene un software con distintos puntos de corte para cada defecto de refracción.

La detección precoz de estos defectos permite un paso más: la corrección óptica antes de que se haya generado la ambliopía en el paciente con anisometropía antes de los 3 años de edad.

Y finalmente nos abre un nuevo abanico de posibilidades en la detección de defectos visuales: defectos de refracción que no producen ambliopía por ser bilaterales, pero que interfieren sensiblemente con el aprendizaje y desarrollo de habilidades:

- Defectos de refracción (astigmatismos, ambliopías) significativos como causa de falta de interés o en la adquisición de habilidades en lecto-escritura y dibujo en niños en edad preescolar.
- Defectos de refracción (hipermetropías, astigmatismos) responsables de cefaleas por sobreesfuerzo visual en edad escolar y que al no afectar sensiblemente a la agudeza visual pasan desapercibidas.
- Hipermetropías compensadas por acomodación pero que requieren corrección óptica. Para ello debe realizarse la prueba con un lente +3,00 dpt.
- Conocer con precisión y de forma rápida la situación de refracción visual de nuestros pacientes, incluso comprobar la adecuada corrección óptica en pacientes que utilizan lentes, aspectos que son de vital importancia dada la frecuencia de los defectos visuales en la población y todas sus implicaciones.



# Redes sociales y páginas web de utilidad para pediatras

José Cristóbal Buñuel Álvarez

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Villamayor de Gállego (Servicio Aragonés de Salud). Zaragoza

El objetivo del presente taller es exponer las principales redes sociales (RRSS) y páginas web que a fecha de hoy existen en Internet y que pueden resultar útiles para el quehacer diario del pediatra de atención primaria.

Desde la generalización del uso de Internet a finales de la década de los 90 del pasado siglo, ha cambiado de forma radical el acceso a la información médica de calidad. Y ha cambiado también el modo y la forma de relacionarse entre sí de los profesionales sanitarios. Realizar una búsqueda bibliográfica está ahora al alcance de cualquier persona que tenga unos mínimos conocimientos para ello. Esas búsquedas pueden realizarse actualmente desde la propia consulta y disponer de la información “aquí y ahora” cuando en tiempos pasados eran precisos varios días o semanas para conseguir un artículo. De la misma forma es posible contactar de forma inmediata con otros profesionales de la salud por herramientas que van más allá de un simple correo electrónico. Estas herramientas son las RRSS.

## Webs de búsqueda de información sanitaria pediátrica

En el presente taller se explicarán exclusivamente los principales motores de búsqueda de información biomédica y que nos permitirán acceder a páginas y artículos de interés en inglés y en español.

TRIP Database<sup>1</sup> (<http://www.tripdatabase.com>): el acrónimo TRIP corresponde a la frase Turning Research In to Practice. Se trata de un potentísimo metabuscador de artículos biomédicos aunque también es capaz de recuperar información en otros recursos como libros de texto electrónicos o blogs sanitarios. Es preciso aclarar que un metabuscador es un sistema que localiza información en los motores de búsqueda más usados y carece de base de datos propia y usa las de otros buscadores y muestra una combinación de las mejores páginas que ha devuelto cada uno<sup>2</sup>.

Al ser un recurso anglosajón, las búsquedas se efectúan sólo en inglés, y en el mismo idioma están los artículos que TRIP Database recupera. El principal punto fuerte de este metabuscador es que, una vez efectuada la búsqueda, recupera los resultados y los clasifica según la calidad metodológica de los mismos. Es por ello una herramienta muy eficaz para buscar revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y los llamados “evidence-based synopses”, que corresponden en gran medida a resúmenes de un artículo que ha sido sometido a un rigurosa lectura crítica para evaluar su validez metodológica.

TRIP Database es un su mayor parte un recurso de libre acceso aunque en 2015 se lanzó una versión “Premium” que, previa suscripción, permite acceder a funcionalidades adicionales.

PediaClic<sup>3</sup> (<http://www.pediatic.org>): se trata de un metabuscador diseñado en España por un grupo colaborativo de pediatras de atención primaria de España. PediaClic es un intento de ofrecer a todos los profesionales sanitarios dedicados a la atención de niños y adolescentes información pediátrica fiable y en español. En nuestro idioma existen muchos y muy buenos recursos que no pueden ser accesibles desde un motor de búsqueda común y PediaClic los agrupa y los pone a disposición de todo el mundo.

Los documentos recuperados por PediaClic deben cumplir los siguientes criterios de selección:

**1.Ámbito geográfico:** España y Latinoamérica.

**2.Idioma:** documentos escritos en español y portugués.

En el caso de webs españolas, el buscador recupera también documentos escritos en todos los idiomas co-oficiales del Estado.

**3.Acceso:** libre y sin restricciones a todos los documentos.

Su manejo es extremadamente sencillo ya que PediaClic se creó usando la tecnología que Google pone a disposición de todos para el diseño de buscadores personalizados.

De forma similar a TRIP Database, los resultados de PediaClic se clasifican en categorías según el tipo de texto que se recupera. Estas áreas temáticas, actualmente, son:

- Resúmenes basados en la evidencia.
- Revisiones sistemáticas.
- Guías de práctica clínica.
- Servicios de preguntas clínicas.
- Textos pediátricos en línea.
- Informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Revistas pediátricas de España.
- Revistas pediátricas de Latinoamérica.
- Blogs sanitarios.
- Información para familias.

Al estar diseñado con la tecnología que ofrece Google, buscar en PediaClic es tan simple como cualquier rastreo que se realice en el mismo Google. Existen sin embargo unas instrucciones de uso que pueden ser consultadas en la web de PediaClic que permiten refinar las búsquedas y concretarlas más<sup>4</sup>.

Biblioteca Cochrane Plus<sup>5</sup> (BC+) (<http://www.update-software.com/clubplus/clubplus.asp>): la Colaboración Cochrane es una organización de ámbito mundial, sin ánimo de lucro. Su objetivo es crear y difundir revisiones sistemáticas (RS) sobre el eficacia y efectividad de intervenciones terapéuticas, preventivas y rehabilitadoras. Por iniciativa del Ministerio de Sanidad español estas RS se traducen al español y se ofrece acceso gratuito al contenido de dichas RS, todas ellas realizadas con gran rigor metodológico. La versión española de la “Cochrane Library” es la BC+.. Al tratarse de una base

de datos pequeña (hay solo unos pocos miles de RS) realizar una búsqueda en esta base de datos es extremadamente sencillo. Como valor añadido, BC+ ofrece acceso, además de a sus propias RS, a otros recursos basados en la evidencia y en español. A destacar entre ellos la revista electrónica “Evidencias en Pediatría” (EvP)<sup>6</sup>, que es una publicación secundaria. Las publicaciones secundarias revisan de forma sistemática las principales revistas biomédicas tanto nacionales como internacionales en busca de aquellos artículos que, por su temática, pueden ser de interés para el profesional sanitario asistencial. En el caso de EvP sus contenidos se dirigen sobre todos a profesionales sanitarios asistenciales responsables de la atención a niños y adolescentes. Todos los artículos seleccionados son sometidos a un riguroso filtro metodológico donde se evalúa la validez del artículo y la aplicabilidad clínica de sus resultados.

Epistemonikos<sup>7</sup> (<http://www.epistemonikos.org/es/>): en palabras de sus creadores, “Epistemonikos es una base de datos colaborativa, en múltiples idiomas, de cierta investigación científica y los productos orientados a transferir el conocimiento generado por esta, que habitualmente son denominados “evidencia”, de acuerdo al significado utilizado en la Medicina Basada en Evidencia. Epistemonikos fue desarrollado y es mantenido mediante la búsqueda de RS y revisiones panorámicas en bases de datos electrónicas y otras fuentes.

El objetivo de Epistemonikos es proveer acceso rápido a las RS en salud. Una característica distintiva de Epistemonikos es que conecta las RS, revisiones panorámicas y estudios primarios, lo cual hace altamente eficientes las búsquedas. Adicionalmente, incluye las traducciones de todos los títulos y resúmenes de los registros incluidos, lo cual permite realizar la búsqueda en diferentes idiomas. Para mantenerlo permanentemente actualizado, se realizan búsquedas en múltiples fuentes de revisiones sistemáticas y revisiones panorámicas.

Epistemonikos no es una base de datos exhaustiva de investigación en salud. Mayormente, incluye estudios primarios que han sido incluidos en una RS”.

Epistemonikos es una herramienta formidable para buscar principalmente RS más allá de la Cochrane. Presenta la funcionalidad de que los resultados pueden ser traducidos prácticamente a cualquier idioma.

PubMed<sup>8</sup> (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). PubMed es una base de datos, creada y actualizada por National Library of Medicine de Estados Unidos. Contiene 25 millones de referencias bibliográficas en el momento de redactar este manuscrito. Para trabajar con PubMed es necesaria una mínima formación en habilidades de búsqueda, habilidades por otra parte muy sencillas de adquirir.

PubMed recupera exclusivamente referencias de artículos correspondientes a cualquier tipo de diseño (Desde RS a estudios de corte o transversales pasando por estudios observacionales de tipo analítico, además de otros manuscritos como editoriales o cartas al director). No garantiza, en modo alguno, el acceso libre a los mismos ya que permitirlo o no es potestad exclusiva de las revistas donde son publicados.

### Redes sociales de interés para pediatras

Una buena definición de lo que son las RRSS se encuentra en la Wikipedia: “Un servicio de red social es un medio de comunicación social que se centra en establecer un contacto con otras personas por medio de Internet. Están conformadas

por un conjunto de equipos, servidores, programas, conductores, transmisores, receptores y sobre todo por personas que comparten alguna relación, principalmente de amistad, donde mantienen intereses y actividades en común, o se encuentran interesados en explorar los intereses y las actividades de otros usuarios”<sup>9</sup>.

Las RRSS han constituido una auténtica revolución. Facilitan compartir conocimientos y también el debate entre aquellas personas que comparten un interés común. Existen literalmente centenares de RRSS. Pero actualmente, en el campo de la Medicina en general y de la pediatría en particular las más usadas y útiles son Facebook<sup>10</sup> y Twitter<sup>11</sup>.

La utilidad de las RRSS es mucha y variada. En este ponencia se expondrá un ejemplo práctico: el de la revista EvP<sup>6</sup>. Revista fundada en 2005, cumple en diciembre de 2015 sus primeros diez años de existencia. A lo largo de la misma, uno de los principales objetivos de su equipo editorial es que sus contenidos pudieran difundirse y ser conocidos para que llegaran a su “población diana”: todos pediatras de España y Latinoamérica. Este objetivo no podría ser alcanzado sin las RRSS Facebook<sup>10</sup> y Twitter<sup>11</sup>. En el caso particular de EvP (y también en otras publicaciones), cada artículo publicado en la revista puede ser inmediatamente compartido a través de Facebook<sup>10</sup> y Twitter<sup>11</sup>. El propio equipo editorial se ocupa de difundir estos contenidos pero cualquier lector puede hacerlo. EvP tiene una página fija propia en Facebook<sup>12</sup> y una cuenta en Twitter<sup>13</sup>. Con ambos perfiles se obtienen varios objetivos:

1. Seguir otras cuentas que aborden intereses comunes con la revista: cuentas de sociedades pediátricas, de recursos de medicina basada en la evidencia, de blogs pediátricos de calidad y de otras revistas pediátricas nacionales e internacionales. Con ello se obtiene un doble beneficio: 1) estar permanentemente actualizado e las actividades de las cuentas que se siguen; 2) si sus novedades son de gran interés, pueden ser compartidas con los seguidores de las cuentas en RRSS de EvP. Habitualmente, estos seguidores son también personas u organizaciones que comparten intereses comunes.
2. Compartir información propia generada por EvP. En este caso concreto, difundir sus propios artículos. El impacto de las RRSS para que los artículos de EvP sean conocidos por otros es enorme. Actualmente, según las cuentas de Google Analytics, estas dos RRSS están prácticamente empatadas con el buscador Google como fuente de acceso de visitantes a la propia revista.
3. Fomentar el debate. Los artículos difundidos a través de las RRSS pueden ser además comentados por los propios lectores pudiendo generarse debates y conversaciones que en muchas ocasiones enriquecen el contenido del propio artículo que ha sido compartido.

Actualmente, la página en Facebook de EvP<sup>12</sup> cuenta con 23.815 seguidores y la cuenta en Twitter<sup>13</sup> es seguida por otras 14.944 cuentas en el momento de la redacción de este manuscrito. Tan importante como disponer de estas cuentas es que sean actualizadas a diario. Las RRSS requieren una inversión de tiempo no despreciable invertido en este cometido. Pero tener un perfil en RRSS no actualizado da peor imagen que no tener ninguno ya que denota desinterés de sus responsables en el proyecto que quieren difundir. Este aspecto no debe ser obviado nunca.

**Bibliografía:**

1. TRIP Database [Internet]. Gales: TRIP Database; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.tripdatabase.com>.
2. Metabuscador [Internet]. Wikimedia Foundation; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Metabuscador>.
3. PediaClic [Internet]. España: PediaClic; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.pediatic.org>.
4. Buñuel JC. Instrucciones de búsqueda de PediaClic [Internet]. España: PediaClic; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.pediatic.org/p/instrucciones-de-busqueda.html>.
5. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp>.
6. Evidencias en Pediatría [Internet]. España; Lua Ediciones (Madrid); 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es>.
7. Epistemonikos [Internet]. Chile; Fundación Epistemonikos (Santiago de Chile); 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.epistemonikos.org/es/>.
8. PubMed [Internet]. Estados Unidos: National Library of Medicine; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
9. Servicio de Red Social [Internet]. Wikimedia Foundation; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio\\_de\\_red\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio_de_red_social).
10. Facebook [Internet]. Estados Unidos; Facebook; 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <https://www.facebook.com/>.
11. Twitter [Internet]. Estados Unidos; Twitter (San Francisco); 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <https://twitter.com/>.
12. Evidencias en Pediatría [Internet]. España; Facebook; 2015 [citado 3 Oct 2015]. <https://www.facebook.com/EvidPediatría>.
13. Evidencias en Pediatría [Internet]. Unidos; Twitter (San Francisco); 2015 [citado 3 Oct 2015]. Disponible en: <https://twitter.com/evidpediatria>.



# Ortopedia práctica para pediatras

Dr. Cristóbal Coronel Rodríguez<sup>(1)</sup>, Jorge Contreras López<sup>(2)</sup>, Vanessa Granados Prieto<sup>(3)</sup>, Juan Andrés Conejero Casares<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Pediatra EBAP. Centro de Salud "Amante Laffón". Distrito Sanitario de AP. Sevilla. <sup>(2)</sup>EIR en Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>(3)</sup>Pediatra. Centro de Salud Virgen del Valle (Écija). <sup>(4)</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

## Introducción

El porcentaje de consultas relacionadas con el aparato locomotor en Atención Primaria alcanza alrededor del 20% (1).

En la edad pediátrica el organismo se encuentra en desarrollo, por lo que es crucial distinguir la patología de las variantes de la normalidad. Así se logrará aclarar dudas, mitigar la preocupación familiar y evitar pruebas complementarias innecesarias.

En la exploración ortopédica del niño y el lactante, la precisión en los hallazgos exploratorios, su utilidad y correlación con un diagnóstico correcto depende en gran medida de la realización de la técnica exploratoria de una forma ordenada.

Los factores esenciales a considerar ante la presencia de una anomalía ortopédica son la edad y la naturaleza del trastorno (2). El Pediatra conoce a qué edad se manifiestan los problemas más prevalentes y, de este modo, puede realizar un diagnóstico más precoz. En cuanto a la naturaleza del problema debemos diferenciar entre: alteraciones posturales (pie talo valgo), deformidades aisladas (pie zambo) o bien en el contexto de un trastorno más complejo y amplio (parálisis cerebral infantil). Hay que tener en cuenta que la patología neurológica infantil origina secundariamente afecciones ortopédicas, siendo éstas en ocasiones la primera manifestación de la enfermedad (ejemplos: pie cavo-varo en la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, escoliosis en la siringomielia o tortícolis en tumores de fosa posterior).

A continuación se dará una visión general sobre la patología ortopédica infanto-juvenil más prevalente.

## Dolor de espalda

El dolor de espalda del niño parece ser el segundo tipo más frecuente de dolor después del articular, y antes que el de talón o de piernas. Su prevalencia aumenta con la edad, situándose según algunos autores alrededor del 50% a los 15 años. Hasta un 8% de ellos tendrá una evolución crónica, siendo un predictor de dolor en el adulto. Pese a ello, estudios poblacionales amplios observan escaso impacto en la calidad de vida de estos pacientes. (3-4)

En la mayoría de los casos, no podremos identificar una causa "orgánica" y hablaremos de dolor inespecífico (95-99%). Cuando se halla dicha causa son la espondilólisis y la cifosis de Scheuerman los diagnósticos más frecuentes. La escoliosis solo da dolor de espalda importante cuando supera los 50 grados (3).

En ausencia de signos o síntomas sospechosos de patología orgánica, la exploración radiológica normal, indicada en el dolor de más de 4 semanas de duración, prácticamente

descarta organicidad. Aquellos pacientes con datos clínicos de alarma deberán ser derivados a un centro de referencia para no retrasar el diagnóstico y tratamiento definitivo.

La tabla I (3) arroja datos que indican a sospechar patología orgánica:

TABLA I. SOSPECHA DE PATOLOGÍA ORGÁNICA EN DOLOR DE ESPALDA		
	Dato clínico	Orientación diagnóstica
Anamnesis	Traumatismo severo	Fractura
	Cuadro tóxico	Neoplasia
	Dolor nocturno	Neoplasia
	Rigidez articular matutina	Inflamatorio
	Inmunosupresión	Infección
	Fiebre	Infección
	Edad <4 años	Infección, neoplasia
	Duración >6 semanas	No muscular
Exploración	Alteración neurológica	Tumor, hernia discal
	Tensión radicular	Hernia discal
	FABER doloroso	Cadera-sacroilíaca
	Cifosis en Adams	Scheuerman
	Contractura severa	No muscular

## La rodilla en la edad pediátrica

Debido a la importancia funcional de la rodilla y al estar compuesta por tres articulaciones, son múltiples las patologías por las que puede verse afectada.

Durante la primera década de la vida, es frecuente encontrar variaciones en el eje de los miembros inferiores. Al nacimiento encontramos un genu varo (máximo 15°) que se perpetúa hasta los 2 años. De los 3-4 años hasta los 6 años hay un genu valgo progresivo (11°). En el adulto existe un genu valgo fisiológico de 7° en la mujer y de 5° en el varón. Las deformidades torsionales y angulares se resuelven espontáneamente en la mayoría de los casos, siendo su expresión más evidente la desviación interna o externa de los pies. Cuando existe más de 10 centímetros de separación intermaleolar, se debe valorar la consulta con el ortopeda (1).

La rodilla puede afectarse además por otros procesos, tales como: dolores de crecimiento, patología rotuliana (condromalacia, síndrome de Sinding-Larsen, luxación y fracturas de rótula), osteocondritis disecante de rodilla, enfermedad de Osgood-Schlatter, quiste poplíteo, fracturas espinales de tibia y lesiones ligamentosas y meniscales.

A la hora de explorarla, tras haber realizado una anamnesis completa, es importante la inspección en bipedestación valorando desviaciones del eje y analizando igualmente la marcha. Con la palpación buscaremos puntos dolorosos selectivos (pelo inferior de rótula en el síndrome de Sinding-Larsen, apófisis anterior de la tibia en enfermedad de Osgood-Schlatter o interlíneas articulares en lesiones meniscales), posibles roces, el hueso poplíteo y el "signo del peloteo". Será necesaria la prueba del cajón para valorar la estabilidad de los ligamentos cruzados (5).

Las lesiones deportivas se producen con mayor frecuencia en varones adolescentes. Se afectan principalmente las extremidades inferiores, especialmente la rodilla siendo las lesiones musculares y ligamentosas las más frecuentes.

Ante lesiones deportivas leves se debe en primer lugar prescribir reposo y evitar el ejercicio mientras produzca dolor; inmovilizar la articulación si fuera necesario; crioterapia precoz y mantenerla mientras persista dolor, edema o hemorragia; pautar antiinflamatorios y realizar estiramientos pasivos así como ejercicios de fortalecimiento progresivos.

### El pie normal y su patología infantojuvenil más prevalente

Las articulaciones del pie guardan una importante relación con los músculos de la pierna y con los diferentes huesos que las configuran. Además de los problemas propios del pie neonatal, las lesiones dolorosas del pie presentan una importante incidencia en Atención Primaria, representando la cojera el 4 por cada 1000 visitas en un servicio de urgencias (6).

Siempre se debe observar y explorar el pie neonatal. Podemos resumir los tipos de pies del recién nacido a tener en cuenta en: pie talo (pie en dorsiflexión dorsal y eversión; generalmente no precisa tratamiento), metatarso varo (antepié desplazado hacia el interior del eje medial; puede precisar tratamiento ortopédico los primeros meses) y pie zambo o equino varo congénito (urgencia ortopédica) (6).

Cuando nos encontramos malformaciones de los dedos debemos comprobar los antecedentes familiares y descartar otras malformaciones asociadas del aparato locomotor y urinario. Podemos hallar: dedo adductus (dedos superpuestos), polidactilia, sindactilia, clinodactilia (dedo desviado en aducción o abducción), hallux valgus (desviación de la articulación metatarsofalángica) o dedos en martillo (los tendones del pie se acortan).

El pie plano se define como la disminución del arco plantar y se considera fisiológico desde el nacimiento hasta

los 4 años de edad. La maniobra de dorsiflexión del primer dedo (signo de Jack), el ponerse de puntillas (signo de Rodríguez Fonseca) o dejar al niño sentado con los pies colgando sin soportar carga, descartan un pie plano verdadero cuando aparece la bóveda plantar. No se debe confundir con un pie valgo verdadero o pie en mecedora, en el cual la planta del pie es convexa y el astrágalo hace prominencia en la parte interna del pie.

Las causas más probables del pie doloroso en relación con la edad se resumen en la tabla II, mientras que en la tabla III repasamos las causas de cojera infanto-juvenil (6-8):

TABLA II. CAUSAS DE PIE DOLOROSO		
Hasta los 6 años	6-12 años	12-19 años
Calzado	Calzado	Calzado
Cuerpo extraño	Cuerpo extraño	Cuerpo extraño
Fractura oculta	Navicular accesorio	Uña encarnada
Osteomielitis	Pie plano	Pie cavo
Pie plano	Uña encarnada	Pie plano
Sobreesfuerzo	Sobreesfuerzo	Esguince de tobillo
		Fractura por sobreesfuerzo

Los padres acostumbran a solicitar información acerca del calzado ideal para sus niños, por lo que es importante resumir las principales características que éste debe tener (Tabla IV). (6).

### Conclusión

La valoración ortopédica en la edad pediátrica es sencilla y muy valiosa si se realiza de forma ordenada y sistemática. El Pediatra de Atención Primaria debe conocer las variantes de la normalidad y la prevalencia de las distintas dolencias en función de la edad con el fin de lograr un diagnóstico acertado, informar al paciente y la familia, evitar pruebas complementarias innecesarias y derivar al especialista de referencia en caso necesario. No hay que olvidar que muchas de las afecciones no se presentan aisladas y, en ocasiones, son la primera manifestación de una enfermedad sistémica o neurológica.

Forma parte igualmente del Pediatra de Atención Primaria la valoración y el tratamiento de las lesiones deportivas más leves, siendo éste también fundamental a la hora de aconsejar buenos hábitos físicos y posturales con el fin de prevenirlas.

TABLA III. CAUSAS DE COJERA				
Óseas	Articular	Partes blandas	Neurológicas	Intraabdominales
Osteomielitis	Sinovitis de cadera	Contusión	Parálisis cerebral	Apendicitis
Fracturas	Artritis séptica	Tendinitis	Meningitis	Absceso del psoas o perianal
Apofisitis	Osteocondritis disecante	Bursitis	Neuropatías	
Enfermedad de cabeza femoral	Fiebre reumática	Celulitis	Tumores espinales	
Enfermedad de Perthes	Artritis idiopática juvenil	Miositis		
Tumores	Púrpura de Schönlein-Henoch	Vacunación intramuscular		
	Discitis			
	Hemartrosis			
	Lupus			

## TABLA IV. RECOMENDACIONES SOBRE EL ZAPATO EN EL NIÑO

- No debe calzarse al niño que aún no anda. Los lactantes solo precisan proteger el pie del frío.
- En general, los zapatos deben ser ligeros, con suela de goma y tacón bajo con protección-refuerzo, sin cubrir los tobillos, con buena sujeción, regulables y con espacio suficiente en el área de los dedos (1 cm entre punta de primer dedo y punta del zapato).
- Con el inicio del gateo se reforzará la puntera con un contrafuerte, para evitar lesiones ungueales.
- Es mejor comprar zapatos más grandes que pequeños pues los pies del niño crecen rápidamente.
- Las características específicas del zapato serán:
  - **Plantilla:** Sin almohadillas pues podrían entorpecer el normal desarrollo del pie.
  - **Forro interior:** Transpirable y sin costuras.
  - **Tacón:** Bajo, de unos 15 milímetros, y ligeramente rígido.
  - **Refuerzos:** Anterior ligeramente levantado y posterior que ayude a mantener el equilibrio.
  - **Empeine:** Atadura indiferente mientras quede bien sujeto. Lengüeta acolchada y suave para no irritar el empeine.
  - **Material:** Lo más recomendable es piel natural para la horma y cuero para la suela.
  - **Suela:** De cuero flexible y con elementos antideslizantes.

**Bibliografía:**

1. Montón Álvarez, J.L., Sáez Fernández A.L., Fernández Rodríguez, T. La rodilla en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (7): 425-441.
2. Conejero Casares JA. Exploración ortopédica infantil. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(7): 478-487.
3. García Fontecha C. Dolor de espalda. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (7): 413-424.
4. Pellisé F, Balagué F, Rajmil L, Cedraschi C, Aguirre M, Fontecha CG, et al. Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163(1): 65-71.
5. Cleland J. Netter. Exploración clínica en ortopedia. Un enfoque para fisioterapeutas basado en la evidencia. Masson (Elsevier Saunders). 2006. p. 267-315.
6. Montón Álvarez J.L., Cortés Rico O.L. El pie normal y su patología infantojuvenil más prevalente. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (7): 442-455.
7. Alonso Hernández, J. Evaluación del niño con cojera. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (7): 456-467.
8. Ebri JR. El pie infantil: crecimiento y desarrollo. Deformidades frecuentes: pie doloroso. *Pediatr Integral*. 2002; 6(5): 431-452.
9. Ardura Aragón F., Noriega González D.C., Hernández Ramajo R. Deformidades de la columna vertebral. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (7): 468-477.
10. Jeffries LJ, Milanese SF, Grimmer-Somers KA. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature. *Spine.* 2007; 32(23): 2630-7.



# El niño viajero

Nuria García Sánchez<sup>a1</sup>. Rosa Macipe Costa<sup>b1</sup>

<sup>a</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud universitario "Delicias Sur". Profesora Asociada en Ciencias de la Salud. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.CAV-AEP. <sup>b</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza. <sup>1</sup> Grupo de Cooperación Internacional de AEPap

## Introducción

Según datos estimados por la Organización Mundial del Turismo cerca de mil millones de personas realizaron un viaje internacional (VI) en el último año. Se calcula que un 7% de estos viajeros son niños. Se ha documentado que un 8% de los viajeros internacionales necesitaron atención médica durante o después del viaje por padecer algún problema de salud.

Para realizar medidas de protección eficaz debemos conocer los riesgos reales a los que se enfrentan nuestros pacientes, conociendo los procesos descritos tras la realización de VI. Es obligado realizar una vacunación adecuada, tanto de las vacunas de rutina como de las aconsejadas e incluso exigidas según destinos. Existen Centros de Vacunación Internacional dependientes del Ministerio de Sanidad Español.

Al regreso cualquier nueva sintomatología será analizada cuidadosamente para descartar patología importada, incluso en ausencia de síntomas significativos.

Es frecuente que familias inmigrantes realicen VI para visitar familiares y amigos, los descritos en la literatura inglesa como "visiting friends and relatives" (VFRs) son los que presentan más riesgo, pero además suponen un porcentaje significativo de los VI (un 40%). Suelen consultar con poco tiempo anticipatorio y planean estancias más largas, son niños en general más pequeños que los niños viajeros turistas que están más próximos a la adolescencia. Los niños viajeros inmigrantes (VFRs) tienen un riesgo mayor que el niño viajero turista (NT).

Aunque la patología infecciosa es la más frecuente, no debemos olvidar las lesiones y accidentes que pueden presentarse en cualquier niño viajero.

La visita pre-viaje es fundamental para tratar de evitar enfermedades pero en muchas ocasiones no se realiza o se hace con tiempo insuficiente, se ha documentado que sólo la mitad de los niños viajeros realizaron la visita pre-viaje y sólo 1/3 de los VFRs la hicieron.

## Los objetivos de este taller son

1- Conocer los riesgos descritos relacionados con los viajes internacionales en niños, según diferentes destinos y motivos del viaje.

2- Establecer recomendaciones basadas en Guías de Práctica Clínica en la visita previa al viaje.

3- Adecuar la vacunación del niño viajero, tanto sistemática como recomendada o exigida.

4- Iniciar la evaluación clínica del niño viajero que regresa con sintomatología sugestiva de enfermedad.

## Riesgos descritos relacionados con los viajes internacionales en niños, según diferentes destinos

El conocimiento de las enfermedades descritas en series amplias de pacientes que regresan con alguna enfermedad, debe ser la guía para establecer tanto las medidas preventivas previas al viaje, como la orientación diagnóstica de los viajeros enfermos al regreso.<sup>1</sup>

Según un estudio de la GeoSentinel Surveillance Network<sup>2</sup> en 1591 niños que consultan tras regresar de un VI los grupos sindrómicos más frecuentes (Ver Tabla I) son: Diarrea, Condiciones dermatológicas, Enfermedades febriles sistémicas, Alteraciones respiratorias.

Tabla I. Diagnósticos sindrómicos y diagnósticos específicos más frecuentes en 1591 niños viajeros con enfermedad al regreso. Tomado de Haggmann S. 2010.

	*Porcentaje %
<b>Diarrea</b>	28
<b>Diarrea aguda</b>	22
Bacteriana	7
Inespecífica	6
Parasitaria	6
<b>Diarrea crónica</b>	6
<b>Alteraciones dermatológicas</b>	25
<b>Mordedura de animales</b>	6
<b>Larva migrans</b>	4
<b>Picadura de insectos</b>	3
<b>Enfermedad febril sistémica</b>	23
<b>Malaria**</b>	8
<b>Enfermedades víricas</b>	6
<b>Procesos febriles inespecíficos</b>	3
<b>Dengue</b>	2
<b>Fiebre tifoidea</b>	1
<b>Síndromes respiratorios (incluye TBC)</b>	11
<b>Infección respiratoria superior</b>	4
<b>Asma y bronquitis</b>	2
<b>Otitis media aguda</b>	2

\*Los pacientes pueden tener más de un diagnóstico, por eso no suma 100%

\*\*El 64% de los niños con fiebre que procedían de África sub-sahariana tenían paludismo

En las diarreas el 80% fueron agudas, la presentaron el 22% del total de niños; causadas por germen desconocido, *Campylobacter spp*, *Salmonella spp* y entre los parásitos *Giardia lamblia*. Las alteraciones dérmicas más frecuentes son mordeduras de animales 6%, Larva migrans cutánea 4% y picaduras de insectos 3%. Dentro de las enfermedades febriles Malaria 8%



(sin olvidar que el 64% de los cuadros febriles en niños que regresaron del trópico, era atribuible a la Malaria), procesos víricos 6%, enfermedad febril inespecífica 3%, Dengue 2%, Fiebre tifoidea 1%. Entre los procesos respiratorios infección del tracto respiratorio superior 4%, Asma y bronquitis 2%, otitis media 2%. Cuando los pacientes estudiados son niños el segundo grupo sindrómico más frecuente son las alteraciones dermatológicas mientras que adultos son las enfermedades febriles.

Para realizar una protección adecuada se realizará una valoración individualizada según destino del niño viajero y se emplearán medidas aportadas por GPC. Podemos consultar direcciones electrónicas de gran ayuda para concretar las necesidades de cada viajero. Tabla II

**Tabla II. Direcciones electrónicas relacionadas con la salud y viajes internacionales**

**Sitios web de interés para la salud del viajero.**

La salud también viaja. Sanidad exterior. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>

CDC Travelers' Health  
<http://wwwnc.cdc.gov/travel/default.aspx>

International Travel and Health (World Health Organization).  
[www.who.int/ith/en](http://www.who.int/ith/en)

Recomendaciones para el viaje según destino:  
<http://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/list.htm>

Vaccines recommendations for infants and children <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-7/vaccine-recommendations-for-infants-and-children.htm>

National Travel Health Network and Centre (NATHNAC) <http://www.nathnac.org/travel/index.htm>

American Society of Tropical Medicine and Hygiene. <http://www.astmh.org/AM/Template.cfm?Section=Home1&WebsiteKey=452e1eb1-b2d5-48a7-857a-c789a07c27d1>

Fit for travel. Travel health information for people travelling abroad from the UK. <http://www.fitfortravel.nhs.uk/home.aspx>

International Society of Travel medicine. <http://www.istm.org/>

Fever Travel. Practice Guidelines for Evaluation of Fever in Returning Travelers or Migrants. <http://www.fevertravel.ch/>

## Recomendaciones basadas en Guías de Práctica Clínica en la visita previa al viaje

El elemento clave de la consulta previa al viaje es la valoración de riesgos del destino y trayecto.<sup>3,4</sup> [AII]

### ¿Qué se precisa para realizar la consulta previa al viaje correctamente?

**Conocimientos en ciertas materias:** Geografía. Enfermedades infecciosas asociadas a VI (Epidemiología, transmisión, prevención). Inmunizaciones. Medicaciones propias del viaje. Quimioprofilaxis. Valoración de riesgos no infecciosos. Reconocimiento de los síndromes mayores en viajeros enfermos al regreso: Fiebre, Diarrea, Alteraciones en la piel y Procesos respiratorios. Orientación de los pacientes con Eosinofilia.

Mantener conocimientos mediante: acceso a textos, revistas especializadas y páginas web. Formación continuada en la materia.

**Tiempo necesario para realizar la visita.** Lo ideal es que sea en consulta programada. Es necesario educar a la población susceptible de hacer VI, especialmente inmigrantes, que nos comuniquen al menos con 2 meses de tiempo la intención de realizar un viaje.

### Elementos necesarios para una actuación completa en la atención al niño viajero.

**I-Conocimiento previo de la salud del niño:**

Condiciones médicas crónicas y necesidad de medicación continuada. Alergias. Vacunas recibidas.

**II-Valoración del riesgo del propio viaje:**

Itinerario. Estación del año en que se va a viajar. Duración. Motivo del viaje. Turismo, visita de familiares y amigos. Tipo de actividades previstas en el destino, ej. nadar en ríos etc.

**III-Consejos para la prevención de enfermedades.**

Enfermedades prevenibles mediante vacunación. Diarrea del viajero, prevención y auto-tratamiento. Prevención de Malaria. Medidas para la evitación de picaduras de insectos. Otras medidas de prevención de enfermedades transmitidas por vector y por el agua. Seguridad personal. Evitación de riesgos ambientales. Mordeduras de animal y evitación de rabia. Preparación del botiquín del viaje.

**IV-Vacunaciones.**

**V-Evaluación del niño al regreso del viaje.**

De todos estos elementos 3 son de máxima importancia:

1. Vacunaciones para el viaje.
2. Medidas de evitación y automedicación para la diarrea del viajero.
3. Prevención de Malaria.

## Vacunaciones para el viaje

Existen tres categorías de vacunación para el VI: La vacunación sistemática, la exigida para el VI y las recomendadas. Para algunas vacunas la edad mínima de vacunación podría adelantarse si el riesgo es alto.<sup>5</sup>

### 1-Vacunación sistemática:

El viaje es un momento muy adecuado para actualizar las vacunas del niño en caso de faltarle alguna dosis.

### 2-Vacunaciones exigidas en los viajes, generalmente sujetas a reglamentación internacional.

En la actualidad sólo 2 vacunas son obligatorias en determinadas circunstancias: Fiebre Amarilla para viajes a países endémicos o aquellos que exigen el requisito de vacunación para la entrada y Meningitis meningocócica para peregrinos a La Meca. Algunos países podrían exigir vacunación antipoliomielítica, para lo cual se certificará el calendario vacunal del niño, porque si sigue la vacunación sistemática la tendrá administrada.

**Fiebre amarilla.** Los viajeros a áreas endémicas deben recibir la vacuna frente a fiebre amarilla<sup>3</sup> [A-III]. Los países de riesgo suelen ser áreas tropicales de África y América, pero no de Asia. Existe información disponible on-line a través del documento: Listado de Países: Requisitos y recomendaciones de vacunación frente a la fiebre amarilla y situación del paludismo. <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/listado.htm> De la

Tabla III. Drogas antipalúdicas más comunes para quimioprofilaxis. Resumen formas de administración.

Quimioprofilaxis antipalúdica							
Tres fármacos de primera elección							
Droga	Presentación	Indicación Zona	Comienzo	Final	Precauciones/Contraindicaciones	Administración	Posología
<b>Mefloquina</b> <i>Lariam®</i>	Tableta 250 mg sal	Zona con Sensibilidad a Mefloquina	1 semana antes	4 semanas después	Convulsiones Alteraciones Psiquiátricas Peso < 5kg Embarazo valorar riesgos y edad gestacional	Semanal	≤9 kg 5mg/kg 10-19kg: 1/4tabl 20-30kg: 1/2 tabl 31-45 kg:3/4 tabl >45kg 1 tabl
<b>Atovaquona-Proguanil</b> <i>Malarone®</i>	Pediátrica 62,5/25 mg tableta Adultos 250/100 tableta	Todas las áreas	1-2 días antes	7 días después	Insuficiencia Renal. Embarazo Interfiere Vacuna oral de F.Tifoidea (Vacunar 10 días antes)	Diaria	5-8 kg.1/2 tabl pediat 9-10 kg.3/4 tabl pediat 11-20 kg.1 tabl pediat 21-30 kg.2 tabl pediat 31-40.3 tabl pediatr ≥41 kg.1 tabl adult
<b>Doxiciclina</b> <i>Vibracina®</i>	Susp 50 mg/5 ml Caps 100 mg	Todas las áreas	1-2 días antes	4 semanas después	Menores de 8 años. Embarazo	Diaria	2 mg/kg peso Máximo 100 mg
Otros fármacos							
<b>Cloroquina</b> <i>Resochin®</i>	250 mg sal Comprimido	Áreas sensible a Cloroquina	1-2 semanas antes	4 semanas después	Alt. Visuales Psoriasis	Semanal	Permitido en < 5kg 8,3 mg sal/kg. Max300
<b>Primaquina</b> <i>Primaquine®</i>	15 mg base	Cura radical <i>P Vivax y ovale</i>	1-2 días antes	7 días después	Déficit de G6PD Embarazo. <1año	Diaria	0,5 mg base/kg

página web “Viajes internacionales y salud” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La edad mínima de vacunación son los 9 meses, aunque podría adelantarse a los 6. Está contraindicada en alergia severa al huevo e inmunodeprimidos, niños con infección VIH y CD4 < 200mL, trasplantados etc. Por ser una vacuna de virus vivo, si se precisa una administración simultánea con otras vacunas vivas atenuadas, se administrará en el mismo día o con 4 semanas de intervalo. La duración de la inmunidad es prolongada, pero en general se indica un booster cada 10 años. Se administra en los centros de Vacunación Internacional dónde a su vez emiten el certificado amarillo para ser presentado a las autoridades sanitarias en la admisión a los países con este requisito.

### 3-Vacunas recomendadas conforme al riesgo de adquisición de enfermedades.<sup>5</sup>

Consultar el capítulo “Vacunación del niño viajero” del Manual de Vacunas en línea. CAV-AEP. Disponible en <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-13>.

**Hepatitis A.** La vacunación debe considerarse para todos los viajeros a áreas del mundo con pobres condiciones sanitarias y de higiene [A-III].<sup>3,4</sup> La edad mínima de administración es un 1 año, pauta dos dosis, la segunda a los 6-12 después de la primera. Aunque una sola dosis puede proporcionar alta protección, para que la inmunidad sea prolongada se requieren 2 dosis. No se precisan dosis de recuerdo porque la inmunidad es muy duradera.<sup>3,4</sup> [A-II]

**Fiebre tifoidea.** Se valorará su administración cuando el viaje sea a zonas con pobre saneamiento, en especial en estan-

cias de más de 3 semanas. Existen 2 tipos de vacunas disponibles, una de gérmenes vivos atenuados junto con inactivados de cepas de *Salmonella Typhi* de administración oral y otra inactivada de polisacáridos capsulares del mismo germen, de administración parenteral IM. La vacuna oral no se administrará hasta después de 72h de la toma de antibióticos. La toma del antipalúdico Proguanil, presente en la combinación Atovaquona-Proguanil (*Malarone®*), disminuye la eficacia de la vacuna, por tanto se tomará la vacuna 10 días antes de comenzar con el Proguanil. Otros antipalúdicos no interfieren en la respuesta. Ambas vacunas tienen eficacia similar, aportando una protección del 50-70%. Ver límites de edad en Tabla III.

**Infección Meningocócica.** La vacunación es obligatoria para los peregrinos a La Meca. Está recomendada en viajeros a la zona africana denominada el cinturón de la meningitis, zona que se extiende de Senegal a Etiopía, especialmente cuando se viaja en la época seca, de Diciembre a Junio. Indicada especialmente en casos de asplenia funcional como sería el caso de niños drepanocíticos. La vacunación sistemática del calendario corriente no protege porque los tipos de *Meningococo* causantes de los brotes africanos son fundamentalmente A, B, C, Y y W-135. Las vacunas polisacáridas están siendo desplazadas por la conjugadas por su mejor respuesta inmune. Se dispone en los centros de vacunación internacional de dos preparados de vacuna meningocócica tetravalente conjugada (*Nimenrix®* y *Menveo®*) que se pueden administrar desde el año y los 2 años respectivamente.

**Rabia, Encefalitis japonesa, Encefalitis centroeuropea y Cólera.** Son procesos con riesgo menor y en zonas concretas por lo que no se comentan. **Niño inmunodeprimido que realiza un viaje internacional.** Requerirá una actuación muy individualizada, se desaconsejará viajar a zonas endémicas de Fiebre amarilla porque la vacuna está contraindicada. Existe un documento de consenso sobre vacunas en el niño inmunodeprimido que contempla el caso del viaje internacional<sup>6</sup>.

Prueba de Tuberculina. Debe realizarse en viajeros en los que se presupone exposición a tuberculosis y en largas estancias. Se investigará antes del viaje y 3 meses después del regreso.<sup>4</sup> [B-III]

## Medidas de prevención y auto-cuidado en la Diarrea del Viajero

La diarrea del viajero es la enfermedad más común en VI, aparece en un 40-60%. Los riesgos más elevados se dan en viajes a Sur de Asia, África sub-sahariana y Sud y Centroamérica.<sup>7</sup>

Está causada predominantemente por bacterias enteropatógenas como *E. coli* enterotoxigénico, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella* etc. Para su evitación es importante explicar al viajero cómo prevenirla.<sup>3,4</sup> [A-III]

- Medidas de prevención: Lavado de manos, limpieza de utensilios que usen los niños, continuar con lactancia materna en los bebés, Utilizar agua embotellada o hervida de 1-3 minutos, tanto para beber como para lavado de dientes, preparación de comidas, cubitos de hielo etc. El agua tratada con clorina no destruye el parásito *Giardia lamblia*. No consumir alimentos crudos, la fruta lavarla y pelarla.
- Medidas de auto-cuidado: El inicio del tratamiento una vez iniciada la diarrea es muy efectivo y ha desplazado a la quimioprofilaxis. Aportar solución de rehidratación oral a los niños. Continuar con lactancia materna en los lactantes. Los antibióticos pueden acortar la diarrea en niños, se usarán en casos moderados y severos. La Azitromicina 10 mg/ kg / día (máximo 500 mg) es de elección en menores de 12 años, es activa frente a *Campylobacter* especies y frente a la mayoría de bacterias causantes de diarrea del viajero.<sup>8</sup> Por encima de esta edad se puede usar Ciprofloxacino 20-30 mg/Kg / día (máximo 500 mg /12h), en 2 tomas, 3 días. Los anti-diarreicos no se recomiendan en niños.

## Prevención de Paludismo

### 1-Evitación de picaduras de mosquitos.

Desde el anochecer al amanecer se permanecerá en lugares protegidos, con aire acondicionado si es posible, se debe llevar ropa de manga larga y pantalón largo, utilizar mosquiteras impregnadas de insecticida y dispersar en el ambiente productos con Pyretroides. Se debe usar un repelente adecuado además de todo lo anterior, se aplicará sobre la piel expuesta y sobre la ropa.<sup>9</sup> [A-I]

Repelentes más comunes:

DEET (N,N-dietil-m-toluamida) concentraciones de 20 al 50% confieren suficiente protección durante 4 horas [B-II]. Puede ser administrado a niños de más de 2 meses.

Picaridina o Bayrepel en concentración 10-20% es tan eficaz como DEET y puede durar 8 horas.

### 2-Toma de quimioprofilaxis:

Los niños VFRs y sus familias tienen poca adherencia a las medidas de prevención de paludismo, se ha documentado que sólo un 17,5 % de niños VFRs siguen una quimioprofilaxis adecuada. Se tendrá en cuenta el riesgo en el lugar de destino, se puede valorar a través de mapas interactivos como "Malaria Map Application" del CDC y otros como el de la OMS, especies de *Plasmodium* predominante en el área, sensibilidad del agente a drogas antipalúdicas, características del niño que puedan hacer más idóneo un tratamiento o contraindicarlo. La toma comienza unos días antes de entrar en zonas palúdicas y debe proseguir a la salida durante un tiempo, las pautas varían según agentes empleados. Tabla III.

En cuanto a resistencia a drogas se podría resumir: Cloroquina existe sensibilidad de *Plasmodium* en Méjico, Caribe, América Central y Oriente Medio. Fuera de estas zonas no es eficaz. Mefloquina, existe resistencia en el sureste asiático. En zonas de resistencia a Cloroquina son de elección: Mefloquina, Atovaquona-proguanil y Doxiciclina (ésta sólo para mayores de 8 años).

Para que la quimioprofilaxis sea eficaz debe comenzarse 1-2 semanas antes en el caso de cloroquina y Mefloquina, 1-2 días antes para Atovaquona-proguanil y Doxiciclina. Se continuará con la toma hasta 4 semanas después de salir de la zona palúdica para Mefloquina, Cloroquina y Doxiciclina, una semana para Atovaquona-proguanil. La primaquina estaría indicada para evitar liberaciones tardía o recaída por *P. vivax* y *ovale*. A pesar de un buen cumplimiento, la eficacia nunca es 100%.

## Evaluación del niño al regreso del viaje

Saber orientar y diferenciar los procesos auto-limitados y comunes, de posibles enfermedades de riesgo vital es de trascendental importancia, pues es corriente que la fiebre por ejemplo pueda no tener otros síntomas orientativos y sea indistinguible un proceso banal común de una enfermedad potencialmente mortal. Circunstancia especialmente difícil en niños.<sup>10</sup>

Los síndromes mayores que presentan los viajeros a su regreso son: Diarrea. Alteraciones en la piel. Fiebre sin foco. Alteraciones respiratorias.

Para hacer una orientación diagnóstica adecuada se tendrá en consideración: Localización geográfica del área visitada. Enfermedades más frecuentes en el lugar de destino. Actividades realizadas (baños en agua dulce, contacto con animales, consumo de agua y alimentos). Periodos de incubación de las enfermedades. Vacunas administradas. Quimioprofilaxis específicas. Eosinofilia en el hemograma.

La mayor parte de los viajeros que presenten alguno de los síndromes mayores al regreso necesitarán una **evaluación** que consiste en: Anamnesis. Examen físico completo. Pruebas generales de laboratorio: Como hemograma con recuento y fórmula leucocitaria, encimas hepáticas, función renal. Examen de heces para cultivo y estudio de parásitos en caso de diarrea o síntomas gastro-intestinales. Radiografía de tórax si síntomas respiratorios o fiebre no aclarada. Prueba de Tuberculina si síntomas respiratorios y estancia prolongada.

La fiebre requiere especial atención, todo niño viajero con fiebre al regreso requerirá una evaluación profunda, pues aunque pueda tratarse de una causa común, es de vital importancia descartar procesos severos como malaria, el fallo en el diagnóstico precoz de paludismo puede conducir a la muerte del niño.

Tabla IV. Claves para una orientación específica en el niño viajero enfermo

Hallazgos clínicos asociados a enfermedades concretas. Crowell SC 2011		
Característica Física	Síntoma	Enfermedad
<b>Signos Vitales</b>	Disociación Pulso-temperatura	Fiebre tifoidea
<b>Piel</b>	Rash maculopapular	Dengue, fiebre viral hemorrágica, leptospirosis, esquistosomiasis
	Petequias o Púrpura	Meningococemia, dengue, leptospirosis, fiebre viral hemorrágica
	Rosácea	Fiebre tifoidea
	Escara	Rickettsiosis, ántrax
	Ictericia	Hepatitis, fiebre amarilla, fiebre viral hemorrágica, dengue, malaria, leptospirosis
<b>Ojos</b>	Conjuntivitis	Leptospirosis
<b>Abdomen</b>	Hepatomegalia	Leishmaniosis visceral, tripanosomiasis africana, fiebre tifoidea
	Esplenomegalia	Malaria, dengue, leptospirosis, fiebre viral hemorrágica, Leishmaniosis visceral, fiebre tifoidea
<b>Ganglios linfáticos</b>	Aumento generalizado	Dengue, leishmaniosis visceral, tuberculosis, leptospirosis, brucelosis
	Localizado	Tularemia, rickettsiosis, tuberculosis (escrófulos)
<b>Neurológico</b>	Alterado	Enfermedad meningocócica, malaria, tuberculosis, encefalitis vírica
Intervalo entre exposición y comienzo de enfermedad según periodos de incubación. Adaptado de Leggat P. 2007		
Corto (7-10 días)	Intermedio Hasta 1 mes	Largo $\geq$ 3 meses
Dengue	Hepatitis A,C,E,	Absceso hepático amebiano
Enfermedad de Lyme*	Infección VIH	Brucelosis
Malaria*	Leishmaniosis visceral	CMV
Sarampión	Esquistosomiasis aguda	Fasciolosis
Infección meningocócica	Toxoplasmosis	Filariosis
Rickettsiosis	Brucelosis	Gnathostomiasis
Fiebre tifoidea	Fasciolosis	Hepatitis B,C
Fiebre amarilla	Malaria*	Leishmaniosis visceral, Enfermedad de Lime*, Malaria*.

\*El periodo de incubación habitualmente es más de 10 días.

Se realizará ante todo **niño viajero febril que regresa de área palúdica** el estudio correspondiente (Gota gruesa, extensión de sangre periférica, test de diagnóstico rápido de malaria BinaxNOW®, inmunocromatografía y PCR) Otras causas de fiebre incluyen dengue, infección VIH aguda, leptospirosis, esquistosomiasis aguda, fiebre tifoidea y paratifoidea.

Las lesiones de la piel pueden tratarse de picaduras de mosquitos, impétigo, leishmaniasis, larva migrans cutánea, también pueden formar parte de un cuadro general como rickettsiosis, tripanosomiasis, dengue, virus chikungunya, sarampión etc.

Las alteraciones respiratorias aparte de enfermedades comunes pueden incluir neumonía neumocócica, legionelosis, gripe y tuberculosis.

La presencia de eosinofilia, descartando otras causas, es muy sugestiva de helmintiasis.

Para hacer una orientación diagnóstica podemos ayudarnos de síntomas clínicos asociados a enfermedades específicas, periodos de incubación y procesos más comunes en el área visitada. Tabla IV.

No debemos dudar en consultar o remitir al paciente a unidades especializadas sin demora ante cualquier proceso serio o para dar un diagnóstico preciso.

## Bibliografía

1. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, Von Sonnenburg F et al, for the GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of Disease and Relation to Place of Exposure among Ill Returned Travelers. N Engl J Med 2006; 354:119-30.
2. Haggmann S, Neugebauer R, Schwartz E, Perret C, Castelli F, Barnett ED, et al. GeoSentinel Surveillance Network. Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. Pediatrics. 2010 May;125(5):e1072-80.
3. National Guideline Clearinghouse. The practice of travel medicine: guidelines by the Infectious Diseases Society of America. [Fecha de acceso 24 Abril 2013]. a. <http://guidelines.gov/content.aspx?f=rss&id=9538>

4. Hill DR, Ericsson CD, Pearson RD, Keystone JS, Freedman DO, Kozarsky FE et al. The Practice of Travel Medicine: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. IDSA Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*. 2006; 43:1499–539. [Fecha de acceso 24 de Abril de 2013]. Disponible en [http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic\\_manual/idsatravelmed.pdf](http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsatravelmed.pdf).
5. American Academy of Pediatrics. Active and Passive Immunization. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 28<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:98-104.
6. Mellado Pena MJ, Moreno-Pérez D, Ruíz Contreras J, Hernández-Sampelayo Matos T, Navarro Gómez ML y grupo de colaboradores del Documento de Consenso SEIP-CAV de la AEP. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos. *An Pediatr (Barc)*. 2012;75(6):413-22.
7. Greenwood Z, Black J, Weld L, O'Brien D, Leder K, Von Sonnenburg F et al. Gastrointestinal infection among international travelers globally. *J Travel Med* 2008; 15:221-28.
8. Adachi JA, Ericsson CD, Jiang ZD, Dupont MW, Martinez-Sandoval F, Knirsde Cet al. Azithromycin found to be comparable to levofloxacin for the treatment of US travelers with acute diarrhea acquired in Mexico. *Clin Infect Dis* 2003; 37:1165–71.
9. Canada Communicable Disease Report CCRD An Advisory Committee Statement (ACS) Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT) Statement on personal protective measures to prevent arthropod bites – UPDA. December 2005. Vol 31, ACS-13. [Fecha de consulta 24 de Abril 2013] Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-13/index-eng.php>.
10. Crowell CS, Stamos JK. Evaluation of fever after International Travel. *Pediatric Anals*. 2011;40(1):39-44.

## GRUPO 1

### O-001

#### ¿QUÉ TIENEN AL ALCANCE DE LA MANO NUESTROS NIÑOS? ¿DÓNDE TENEMOS QUÉ MEJORAR?

Verástegui Martínez, C.; Murillo, L.; Laliena, S.; Montaner, A.; Miguel, G.; Sagarra, D.; Campos, C.; Sancho, E.; V., V.; Sancho, M.L.; Romeo, E.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción y Objetivos:** Las intoxicaciones suponen 0,3% de las visitas a Urgencias, con un pico de edad en las no intencionales de 1 a 5 años. Los fármacos son el tóxico más implicado. Los objetivos principales son el análisis del tipo de paciente y sustancia ingerida poder enfocar campañas de sensibilización para prevención de las intoxicaciones más frecuentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los 78 casos de intoxicaciones accidentales en nuestro centro entre enero y septiembre de 2013.

**Resultados:** El 82% eran <5 años, moda 2-3 años. La mayoría fueron asintomáticos, presentando como síntomas más frecuentes vómitos y tos.

Las sustancias responsables: fármacos 44 casos (56%), siendo los psicofármacos los más frecuentes, seguidos de los AINE y diuréticos, los anticatarrales; los menos frecuentes fueron paracetamol, hormonas, salicilatos y otros. Los 34 pacientes restantes (44%) corresponden a productos del hogar, (en 6 casos productos altamente tóxicos).

Permanecieron en Unidad de Observación el 48.7%. Fueron dados de alta el 89.7%, y 8 pacientes ingresaron.

**Conclusiones:** La sustancia más frecuentemente ingerida fueron benzodiacepinas, (desplazando al paracetamol) y los productos del hogar. Por lo que deberíamos hacer hincapié en estas sustancias. La Unidad de Observación permite una atención del paciente en urgencias, evitando hospitalizaciones.

### O-002

#### ADOLESCENTES Y USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS: RELACIÓN CON OBESIDAD Y RENDIMIENTO ESCOLAR

Mazas, R.; Madrigal, C.; Matilla, M.; Carrera, M.  
CS Camarzo, CS Bajo Pas, Psicología clínica

**Objetivos:** Examinar aspectos relacionados con hábitos de utilización de nuevas tecnologías en adolescentes, en concreto redes sociales (RS) y aplicación WhatsApp (WA), y analizar su relación con pautas de alimentación, sobrepeso/obesidad y el rendimiento escolar.

**Material y métodos:** Se valoraron 150 pacientes, entre 12 y 16 años, con un cuestionario ad hoc de 18 ítems.

El estudio se llevó a cabo por tres Pediatras, en tres centros de salud (CS) de Cantabria entre los meses de Noviembre de 2013 y Noviembre de 2014.

**Resultados:** El uso de las RS y del WA no se relacionó con el IMC de los adolescentes que compusieron la muestra, pero aquellos adolescentes con dieta saludable tienen menos contactos y envían/reciben menos mensajes de WA.

El rendimiento escolar se asoció con el uso de RS y WA,

los que necesitan apoyo empiezan antes a usarlas, tienen más contactos y envían/reciben más mensajes.

**Conclusiones:** El uso de las RS y WA en adolescentes se asocia con peores hábitos nutricionales, pero no con mayor IMC.

El rendimiento escolar parece estar relacionado con la utilización de las RS y uso de WA : los que suspenden más tienen más contactos y empiezan antes a usar RS.

### O-003

#### PROTOCOLOS SOCIALES-SANITARIOS PARA DOCENTES DE SECUNDARIA DENTRO DEL PROGRAMA "SALUT I ESCOLA"

Bernárdez Carracedo, S.; Coma Colom, C.; Ena, M.R.; Pallas Espinet, M.T.; Collado, M.I.; Zafra Agea, J.A.  
Cap les PLANES, IES Jaume salvador i Pedrol, ICS

El Programa SiE nace 2004, el objetivo de informar, educar en salud y detectar situaciones de riesgo de adolescentes, para intervenir lo antes posible y dar respuesta sus necesidades fomentando hábitos saludables. De ahí la necesidad de elaborar unos protocolos de actuación en caso de necesidad para la aplicación en centros docentes y que pueda actuar el profesorado en caso de necesidad.

El objetivo general de este trabajo es diseñar, elaborar y evaluar unos protocolos de actuación ante: Prevención drogodependencias, Maltrato, Prevención mutilación genital femenina, Protección alérgico alimentos y/o látex, Violencia gen/Bullying y Fracaso escolar.

**Métodos:** Elaboración de protocolos/charlas sobre los temas, encuestas conocimiento, actuación en caso de necesidad, y evaluación.

El ámbito de estudio centro educativo vinculados al programa "Salud y Escuela".

**Resultados:** Se han realizado diferentes actuaciones, tanto en la revisión de los alimentos Actuación en caso de sospecha. Derivando al adolescente según problema, previa comunicación a los familiares/servicios sociales.

Revisión de circuitos alimenticios(4) y reuniones con los familiares(7) y/o derivación. Valoración positiva de los docentes ante las guías breves del protocolo.

**Conclusiones:** El programa SiE y la enfermera nos permite el acercamiento a los profesores y al alumnado para detectar hábitos y actitudes no saludables para nuestros adolescentes.

### O-004

#### UTILIDAD DEL TEST SDQ EN LA EVALUACIÓN DE ANTIGUOS PREMATUROS

Bachiller Carnicero, L.; Torres Valdivieso, M.J.; Megía Sevilla, M.J.; Chumillas Calzada, S.; Rayo Sánchez, M.I.  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo:** Conocer los resultados de la versión para padres del test Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), en una población de antiguos prematuros, comparados con la población española. Verificar utilidad del test como cribado del TDAH.

**Material y métodos:** Se entrega el cuestionario SDQ a 127



padres de antiguos prematuros, entre los 6-7 años de edad. Como comparación se utiliza un estudio español de 2006.

**Resultados:** Los pacientes prematuros, respecto a la media española tienen peores puntuaciones en la calificación global del test (calificación global media en prematuros  $11.65 \pm 6.74$ ; calificación global media española:  $9.9 \pm 0.19$ ). En cada una de las dimensiones (social, hiperactividad, emoción, conducta, y relación con compañeros) obtienen peores resultados. Por subgrupos se encuentran peores resultados en aquellos con peso al nacimiento  $\leq 1.200$  gramos (diferencia media  $-3.01$ , IC 95%  $-5.33 - -0.69$ ;  $p < 0.05$ ).

Una puntuación total  $\geq 16$  se asocia al diagnóstico de TDAH confirmado por DSM-V (45% Vs 3.2%,  $p < 0.01$ ), al igual que una puntuación en hiperactividad  $\geq 7$  (40% Vs 5.4%,  $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** Los antiguos prematuros presentan puntuaciones menores en el test de salud mental SDQ. El peso  $\leq 1.200$  gramos es factor de riesgo. Esta herramienta es útil para detectar problemas de TDAH en atención primaria.

#### O-005

### SÍNDROME DE HIKIKOMORI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Peralta Rufas, E.M.; Vera Sáez-Benito, M.C.; Romeo Lázaro, E.; Galbe Sánchez-Ventura, J.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza,  
Centro de Salud Torrero La Paz, Zaragoza

**Introducción:** Hikikomori es un término japonés utilizado para referirse a las personas apartadas que escogen abandonar la vida social; buscando grados extremos de aislamiento, debido a factores personales y sociales en sus vidas.

Presentamos un adolescente de 16 años que no estudia ni trabaja. Como antecedentes destacan prematuridad, TDA y fallecimiento de su madre por cáncer de mama.

**Exploración clínica:** Desde hace 7 meses presenta estrías en muslos y discreta ginecomastia puberal, preocupándole ambas cosas mucho.

Desde hace 3.5 meses vive encerrado en su habitación sin comunicarse con nadie, come a deshoras en soledad, sólo dispone un radio en su habitación, eventualmente se le oye cantar. En los últimos tres meses se ha duchado en una ocasión.

**Evolución:** El seguimiento requirió descartar procesos orgánicos mediante analítica y neuroimagen, así como tratamiento con neurolépticos. El trabajo más importante fue desarrollado por la trabajadora social en coordinación con el resto del equipo, psiquiatra y pediatra de atención primaria, teniendo como objetivos: salir de habitación, restablecer comunicaciones familiares, retomar relaciones sociales y reiniciar actividad académica.

Debemos llamar la atención sobre este síndrome, cada vez más frecuente en jóvenes y adultos, en el que una intervención temprana puede mejorar los resultados y la evolución.

#### O-008

### ESTUDIO ÉPOCA SOBRE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

Cachadiña, F.; Lostal García, I.; Ajram Maksoud, J.; Esteve Cornejo, C.; Santamaría Orleans, A.  
Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Hospital Universitari Sagrat Cor,  
CUN Madrid, Laboratorios Ordesa

El Estudio Época es un estudio epidemiológico observa-

cional destinado a valorar el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los problemas de conducta en niños de 6 a 12 años.

En el mismo participaron 211 pediatras que recopilaron información sobre 942 niños, cuyos padres consultaron a su pediatra habitual sobre problemas de conducta. Se registraron datos referentes al estado de salud somática y psíquica, calidad de vida de niños y padres/tutores en comparación con la Encuesta Nacional de Salud 2011/12.

La media de edad fue de  $8,5 \pm 1,8$  años. Se apreció un nivel de problemas elevado según el cuestionario de fortalezas y dificultades respecto a la ENS. En el 69,2% de los casos se aplicaron medidas para intentar mejorarlos. La calidad de vida de los padres se vio también afectada.

La suplementación con omega-3/omega-6 favoreció una disminución de los problemas de conducta, emocionales y de hiperactividad.

#### Conclusiones:

1. En aquellas familias que consultan por problemas de conducta de sus hijos existe una afectación relevante del estado de salud y calidad de vida de sus miembros.
2. La utilización de complementos alimenticios a base de omega-3/omega-6 resulta una alternativa sencilla y segura para favorecer una mejora de los mismos.

#### O-009

### ECTOPARÁSITOSIS EN PESTAÑAS, PUEDE ESCONDER ALGO MÁS QUE "JUGAR CON NIÑOS"

Verástegui Martínez, C.; Laliena Aznar, S.; Sancho, M.L.; Sagarra, D.; Pueyo, V.; Miguel, G.; Campos, C.; Morlan, L.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La pediculosis de las pestañas puede producirse por *Phthirus pubis* o *P. capitis*. La presencia de *P. pubis* debe hacernos sospechar el contagio por vía sexual, directa o indirectamente.

**Caso clínico:** Niña de 2 años que acude por prurito en ojo derecho. A la exploración se visualizan 6-8 pequeños parásitos adheridos a las pestañas. Se procede a la retirada directa de los parásitos y se inicia tratamiento con pomada de Eritromicina. Diagnóstico microbiológico: *P. pubis*. Los convivientes de la familia no estaban infestados con *P. pubis* por lo que se contactó con Servicios Sociales para que investigaran el entorno de la menor (resto de familiares, guardería...).

**Comentarios:** Ante una pediculosis en pestañas en niños es imprescindible diferenciar entre *P. pubis* y *P. capitis*, pues la presencia de *P. pubis* puede revelar un abuso sexual y se debe indagar en si los convivientes están infestados, ya que el contagio puede producirse también de forma indirecta por toallas o ropa de cama, y de no ser así se debe avisar a Servicios Sociales para que investiguen el entorno del menor para investigar un posible caso de abuso sexual.

## GRUPO 2

## O-010

**MENINGITIS ASÉPTICA Y DERMATITIS ATÓPICA, ¿PUEDE EXISTIR ALGUNA RELACIÓN?**

Garófano Montero, S.; Castellano Martínez, A.;  
Roldán Cano, V.; Estalella Mendoza, A.; Grujic, B.;  
Calvo Morales, I.M  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Anamnesis:** Paciente varón de 3 años y 9 meses con cefalea holocraneal y vómitos incoercibles de 8 horas de evolución. Afebril en todo momento.

Padece dermatitis atópica severa en tratamiento con Metotrexato, Deflazacort y Emolientes que precisa, tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas durante los brotes severos. En los 6 días previos permanece ingresado por este motivo.

**Exploración física:** Regular estado general, con decaimiento evidente. Se observan abundantes lesiones cutáneas con signos de rascado. En la exploración neurológica detectamos dolor a la movilización cervical y signos meníngeos positivos.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:**

Hemograma: 30.570 leucocitos, 59% de neutrófilos.

Bioquímica: normal, PCR 0.2 mg/l.

Punción lumbar: 130 leucocitos (85% mononucleares).

Se decide ingreso y se instaura tratamiento analgésico y antiemético. Desaparece la clínica a los 3 días. A los 2 días, cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo a bacterias y virus, y serología negativa a virus neurotrofos.

**Conclusiones:** Existen muy pocos casos en la literatura de pacientes pediátricos con dermatitis atópica severa que hayan recibido tratamiento endovenoso con inmunoglobulinas así como casos de meningitis aséptica secundaria a estas. Se caracteriza por aparición precoz de síntomas tras finalizar su administración. Es un cuadro de corta duración, con recuperación completa en la mayoría de los casos.

## O-011

**OBLICUIDAD PÉLVICA. SERIE DE CASOS**

Mañas Uxó, M.I.; Fernández Campos, M.A.; Armenteros López, A.I.; Guardia Pérez, M.; Aguilar Albarracín, C.; Devesa Del Valle, A.; Bonillo Perales, A.; Valcárcel Martín, A.  
Hospital Torrecárdenas, Almería

La oblicuidad pélvica congénita (OPC), es un síndrome postural, entre los 3-6 meses de vida, producido por contractura de los músculos glúteos, manteniendo postura en abducción de esa cadera, con adducción forzada de la cadera contralateral, asociado en ocasiones a displasia de cadera (DDC).

Presentamos una serie de 4 casos de OPC en el periodo de 2014-2015. Tres pacientes son mujeres. Antecedentes personales, destaca: gemelaridad y parto por cesárea. Edad media del diagnóstico: 4 meses. Exploración física: Barlow y Ortolani negativos, limitación a la aproximación de la cadera afecta en decúbito prono en todos los pacientes, galeazzi positivo en un caso, asimetría de pliegues en otro. Ecografía de caderas al mes de vida informada como normal. Asociaban plagiocefalia occipital y tortícolis, y dos pacientes desarrollaron displasia de caderas. Estos últimos tratados con ortesis, el resto con fisioterapia, todos con pronóstico favorable.

Existe una discrepancia entre la frecuencia de la OPC y la

bibliografía publicada. Debe establecerse un diagnóstico diferencial entre la DDC y la OPC, siendo esta última 5 veces más frecuente. Su diagnóstico es posible en el 80% de los casos con anamnesis y exploración física. Un tratamiento precoz, mediante ejercicios pasivos, previene la aparición de DDC contralaterales tardías.

## O-012

**DISPLASIA ÓSEA DE TREVOR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Moreno Salgado, J.L.; Peláez, M.J.; Gallego, M.J.; Portero, N.; Rivera, N.; Jiménez, C.; Morera, I.; Infante, Á.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Centro Salud Adoratrices, Huelva

Esta displasia ósea rara, no hereditaria, de origen desconocido fue descrita por Trevor en 1950 quien la denominó aclasia tarsoepifisaria, dado que en los casos estudiados por él se afectaban invariablemente los miembros inferiores. La anomalía epifisaria característica más frecuente se observa en las grandes articulaciones de los miembros inferiores y es casi siempre de distribución monomélica. Puede resultar afectada una articulación de un miembro superior incluido el carpo, aunque es raro encontrar este trastorno en más de una articulación. Las zonas de afectación más comunes son la epifisis femoral inferior, el tarso (en especial el astrágalo) y la extremidad inferior de la tibia o peroné. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y a la primera infancia. Las manifestaciones clínicas habituales son limitación del movimiento de una articulación con tumefacciones en los lados internos y externos de la rodilla y tobillo afectos. Puede también existir acortamiento o alargamiento de la pierna. Se presenta un caso de esta rara displasia ósea en una paciente de 5 años.

## O-013

**¿ES IMPORTANTE LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO (RNS) EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PRINCIPALES ALTERACIONES VISUALES (AV)? SEGUIMIENTO DE MÁS DE 4 AÑOS**

Castellares González, C.; Gómez, R.; Cuevas, O.; Terrón, A.; Puente, M.J.  
Santa Mónica

**Introducción:** Cualquier alteración visual (AV) en la infancia afectar el aprendizaje y el desarrollo motor. La detección y tratamiento precoz es importante.

**Objetivo:** Conocer la importancia de las RNS en el diagnóstico de las patologías más frecuentes en la infancia, si hay diferencia por sexos.

**Material y Métodos:** De forma retrospectiva, se recogieron datos sobre pacientes con posibles AV. El periodo de estudio abarca desde noviembre de 2010 hasta de mayo del 2015. El cupo de nuestra consulta es 1.500 pacientes en edad pediátrica (hasta 14 años).

**Resultados:** El 31% de los pacientes (481) tenía sospecha de AV. Se confirmó en el 65,5% (316) mediante derivación al oftalmólogo (51,1% varones).



AV	Mujeres	Hombres	TOTAL(481)
Con AV(Nº/%)	155/49%	160/51%	315/65,5%
Sin AV(Nº/%)	85/ 53,8%	70/ 44,2%	158/32,8%
Pendientes (Nº/%)	6/75%	4/25%	8/1,7%

Detección AV	Padres	RNS	TOTAL (473)
Con AV(Nº/%)	182/58%	133/42%	315/67%
Sin AV(Nº/%)	120/75,5%	38/24,5%	158/33%

AV: Alteración visual; RNS: Revisión del niño sano por el pediatra.

**Conclusiones:** A pesar que los padres detectar las principales AV(58% Vs 42% en las RNS), las RNS son mas fiables en un 75,5% de los que no presentan AV frente al 24,5%. En 41,3% de las principales AV se detectan entre los 4-6 años de edad.

O-014

**¿EXISTE UN MAYOR INCREMENTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD A PARTIR DE LOS 4 A 6 AÑOS DE EDAD?**

Castellares González, C.; Gómez Alonso, R.; Cuevas Lobato, O.; Román Rodríguez De Tudanca, N.; Domenech Senra, P.; Puente Barral, M.J.  
Santa Mónica

**Introducción:** El sobrepeso(SB) y la obesidad(OB) son problemas cada vez más frecuentes en revisiones del niño sano(RNS). Son poco consultados por los padres y de difícil control. La identificación temprana, seguimiento dietético, control de peso son fundamentales para la prevención.

**Material y Métodos:** Se recogieron retrospectivamente datos de pacientes con diagnóstico de SB/OB. El periodo de estudio fue de noviembre de 2010 hasta mayo del 2015. Nuestro cupo es de 1587 pacientes en edad pediátrica(hasta los 14 años). Se utilizó el método de la Organización Mundial de la Salud(OMS) para el diagnóstico y seguimiento(basado en el índice de masa corporal [IMC]tablas según genero). Se dividió a los pacientes en 2 grupos, los diagnosticados en las RNS y que los padres consultaron por SB/OB.

**Resultados:** El 19% de los pacientes tiene SB/OB.El 53,5% eran varones, el 94,8% se diagnosticaron en las RNS. Como factores de riesgo un 18,3% tiene asma,12,5% presenta enuresis nocturna.

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE SB/OB POR GRUPO DE EDAD.

Edad diagnóstico	>1 - 2	3	4	5	6	7	8	9 - 11	12 -14	TOTAL
Sobrepeso/obesidad	14,8%	7,6%	30%	3%	14,6%	2%	12,6%	10,7%	3,7%	301 (100%)

**Conclusiones:** Existe una mayor porcentaje de diagnóstico de SB/OB en las edades donde se realizan las RNS, siendo mucho mayor a los 4 y 6 años (30% y 14,6% respectivamente).

O-015

**¿QUÉ MÉTODO NOS SERÍA MÁS ÚTIL PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NUESTRAS CONSULTA?**

Castellares, C.; Gómez Alonso, R.; Cuevas Lobato, O.; Corrales, A.; Vico, F.; Domenech Senra, P.; Puente Barral, M.J.  
Santa Mónica

**Introducción:** El sobrepeso(SB) y la obesidad(OB) son problemas cada vez más frecuentes en revisiones del niño sano(RNS),son poco consultados por los padres y de difícil control.

**Material y Métodos:** Se recogieron retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de SB/OB. El periodo de estudio abarca desde noviembre de 2010 a junio del 2015.El cupo de nuestra consulta es 1570 pacientes en edad pediátrica(hasta los 14 años).Se comparo 2 métodos(para el diagnóstico-seguimiento),ambos métodos utilizan el IMC y tablas según género. Los métodos son el propuesto por la OMS y las tablas españolas(Carrascosa 2008).

**Resultados:** Se dividió en 2 grupos:

Tabla 1: COMPARACIÓN DE AMBOS MÉTODOS.

Métodos	Igual edad	Solo en 1 método	Diferente edad	302
OMS	151 (50%)	80 (26,5%)	70 (23,2%)	302
Nacional	151 (68,3%)		70 (31,7%)	221

Tabla 2: PACIENTES DIAGNOSTICADOS PRECOZMENTE POR MÉTODO DE OMS.

Diagnóstico	1-2años	5-8años	Total
Diferencia	47 (67,1%)	5 (7,2%)	70

Tabla 3: PACIENTES CON DIAGNÓSTICO SOLO POR EL MÉTODO DE OMS.

Diagnóstico	Recién diagnóstico	1-3años	4- 6años	7-10años	Total
Diferencia	4 (5%)	51 (63%)	18 (22,2%)	8 (9,8%)	81

**Conclusiones:** En método de OMS permite un diagnóstico precoz de SB/OB hasta un 23,2%, el 27% solo se realizó el diagnóstico de OMS, a pesar del seguimiento prolongado un 80% de estos pacientes evolucionaron a ser normopeso, puede ser porque presentaban un IMC cercano a la normalidad.

O-016

### ¿LOS NIÑOS HACEN UNO USO CORRECTO DE LAS TIC (TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN)? ¿UNA INTERVENCIÓN BREVE DE SALUD PUEDE SER EFICAZ?

Moral Ramírez, E.; Planas Sanz, E.; Isan Codina, A.;  
Reverter García, E.; Villarejo, V.  
Hospital Municipal de Badalona, Badalona Serveis Assistencials

**Objeto de trabajo:** Hemos apreciado en la población pediátrica un incremento en el uso inadecuado de las TIC con repercusiones en el niño, su entorno y su salud.

El objetivo es valorar el correcto uso de las TIC y la efectividad de una intervención breve de salud.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado.

La muestra comprende la población de 6º de primaria del curso escolar 2014-2015 de nuestra zona de influencia.

Inicialmente se realizó una encuesta sobre el uso y los hábitos referentes a las TIC.

En la segunda fase al 50% de la muestra se entregaron los “consejos para el uso de las pantallas de visualización” y al mes se encuestaron para valorar la utilidad de la intervención.

Al 50% restante no se entregó el documento y contestaron al mes la segunda encuesta.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados preliminares confirman que la percepción inicial es cierta y demuestran:

- Un gran uso de las TIC.
- Uso inadecuado: horarios, sin pausas,...
- Desconocen recomendaciones.

Por lo que concluimos que existe en la población estudiada un uso incorrecto de las TIC y que una intervención breve puede mejorar el conocimiento y generar cambios en los hábitos hacia un uso más correcto.

O-017

### CRANEOSINOSTOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA

Bosch I Ara, L.; Alonso Ciruelos, J.; Ara Pérez, A.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona,  
CAP Fondo Santa Coloma Gramanet

La craneosinostosis es una alteración congénita en la que se produce el cierre prematuro de una o más suturas que separan los huesos del cráneo comportando siempre alteraciones en el volumen o en la morfología de cráneo y cara y, sólo en algunas ocasiones, alteraciones clínicas y de la función cerebral (vómitos, cefaleas, déficit neurológicos tales como retraso mental, ceguera, etc.)

**Caso clínico:** Lactante de 2 meses que acude para revisión.

Anamnesis: Exploración neonatal anodina. Correcto desarrollo neurológico. No historia de vómitos, irritabilidad ni otra clínica. No antecedentes familiares a destacar.

EF: Microcefalia (<P3) con un crecimiento anómalo del cráneo; abombamiento del 1/3 anterior, fontanela 0,5x0,5cm. Borde duro en sutura sagital y en lambdoidea izquierda. Resto anodino.

Diagnóstico: Rx de cráneo confirmándose posteriormente en TC craneosinostosis de la sutura coronal

Tratamiento: Craneotomía a los 4 meses, curso favorable.

**Conclusiones:** Recordar la importancia de una buena exploración física a fin de detectar precozmente alteraciones en el crecimiento del niño y evitar así futuras complicaciones.

La craneosinostosis es una entidad que puede ser un signo clínico aislado o bien formar parte de alguna enfermedad (Sd de Alpert, Carpenter, paladar hendido, Sd de Crouzon.).

Un diagnóstico precoz equivale a un tratamiento a tiempo.

O-018

### EVOLUCIÓN DE PESO Y TALLA EN PACIENTES CON PESO AL NACIMIENTO MENOR DEL P10

Bachiller Carnicero, L.; Torres Valdivieso, M.J.; Ferro Galardi, L.;  
Martín Peregrín, M.D.; Piris Borregas, S.  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo:** Conocer la evolución de los pacientes con peso al nacimiento por debajo del percentil 10, en cuanto al pronóstico de peso y talla.

**Material y métodos:** Se recogen 187 pacientes con peso < p10. Se estudia el peso y talla al nacimiento, a los 2, 4 y 7 años de edad, así como la necesidad de tratamiento con hormona de crecimiento (GH).

**Resultados:** El 72.9% de los pacientes tiene un percentil de peso  $\geq 3$  a los 2 años, (64% entre prematuros <32 semanas). Esta cifra aumenta al 80.7% a los 4 años y al 94.2% a los 7 años.

En cuanto a la talla, al nacimiento un 60.4% asociaban percentil de talla <p10, descendiendo a los 2 años a un 33%. A los 7 años un 21% tenían talla <p10. El 7.5% del total precisaron tratamiento con GH. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el tratamiento con GH según sexo, edad gestacional, peso al nacimiento o gestación múltiple.

**Conclusiones:** Casi un 75% de los pacientes con peso al nacimiento por debajo del percentil 10 ha alcanzado el “catch up” a los 2 años. Respecto a la talla se observan cifras similares, precisando hasta un 7.5% tratamiento con GH.

## GRUPO 3

O-019

### IMPACTO DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA Y CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN DE SEROTIPOS DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Bachiller Luque, M.D.R.; Pérez Rubio, A.; Eiros Bouza, J.M.  
Pilarica Circular, Facultad Medicina

**Introducción:** La introducción de la vacuna neumocócica conjugada en el calendario infantil y otras recomendaciones en adultos y grupos de riesgo aconseja actualizar datos en incidencia y distribución de serotipos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 2007-2013 en Castilla y León sobre la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) e identificación de serotipos en casos declarados.

**Resultados:** Los serotipos más frecuentes en 2013 han sido el 3 y 19A (19,6% y 15,2%), seguidos del 22F y 8 (6,5% cada uno). Se ha observado un descenso de serotipos vacunales (incluidos en las conjugadas) desde 2009 hasta 2013. Se ha producido un aumento de serotipos no vacunales desde 2007 hasta 2011, con ligero descenso en 2012-2013. En <5 años no se ha observado un incremento en los serotipos no vacunales. La proporción de casos con serotipos incluidos en la vacuna VCN10 es del 11% (no se ha aislado serotipos incluidos en la VCN10 en niños menores de 5 años y en la VCN13 del 48,3% (50% en los menores de 5 años).

**Conclusiones:** Parece indispensable una vigilancia continua de las ENI, para valorar el impacto de la vacunación. La inclusión de la ENI como declaración obligatoria redundará en este objetivo en el conjunto del Estado.

#### O-020

### IMPACTO DE LA VACUNACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS MEDIANTE ANÁLISIS DE SERIES TEMPORALES INTERRUMPIDAS

Eiros Bouza, J.M.; Bachiller Luque, M.R.; Pérez Rubio, A.; Luquero Alcalde, F.J.  
Facultad Medicina de Valladolid, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, Johns Hopkins Hospital

**Introducción:** Las vacunas frente a Rotavirus (VR) han disminuido la morbilidad y mortalidad en países que las han incluido en sus calendarios. Las VR se recomiendan por la AEP, pero deben ser financiadas por los usuarios. Nuestro objetivo es estimar el impacto de las mismas en los ingresos y derivaciones desde Atención Extrahospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo entre 2000 y 2013 de < 5 años hospitalizados en un Centro de Valladolid. Se utilizó un análisis de series de tiempo interrumpido (modelo segmentado lineal generalizado con distribución robusta de Poisson) para analizar los cambios en la tendencia de los mismos después de la comercialización de las vacunas.

**Resultados:** Se registró un total de 592 hospitalizaciones de gastroenteritis por rotavirus durante los catorce años en los <5 años. La tasa de incidencia durante el período previo a la vacunación fue de 5,9 casos por cada 1000 niños-año y de 2,7 durante el período posterior a la vacunación. Observamos un descenso limitado de la tasa de hospitalización tras la comercialización de las VR en 2006.

**Conclusiones:** Existe poca evidencia del posible impacto de las VR en países que no ofrecen vacunación sistemática en sus calendarios vacunales. Parece oportuno reconsiderar la actual política de VR.

#### O-021

### VACUNACIÓN DE VARICELA EN LA INFANCIA. ESTUDIO ECONÓMICO

Peña Blasco, G.; Blasco Pérez-Aramendía, M.J.; Bartolomé Lanza, L.; Martínez Cuenca, S.; Atance Melendo, E.  
Universidad Zaragoza, C.S.Valdefierro, Salud Pública

**Objetivos.** Varicela, enfermedad infectocontagiosa producida por virus varicela-zoster infecta casi al 90% de los niños. Presenta complicaciones un 2-6% de casos. La vacunación a los 11-12 años se incorporó al calendario vacunal de Aragón el año 2007. Desde 2005 estuvo disponible en farmacias para lactantes hasta 2013 que se retiró, quedando disponible en Medicina Preventiva.

Estudiamos el balance económico de vacunar a los lactantes frente al gasto sanitario de no vacunarlos.

**Método.** Se analiza la incidencia de varicela en Aragón con EDOs de los últimos 19 años, así como el número de ingresos hospitalarios por varicela en la Comunidad durante 10 años.

Calculamos el gasto por varicela a nivel ambulatorio en un año y el gasto por ingreso hospitalario y comparamos con el gasto por vacunación (2 dosis) por niño. Obtenemos un índice beneficio-coste del 1,291 a favor de la vacunación, con un ahorro anual de 111223,76€.

**Conclusiones.** Vacunar de varicela a los lactantes evita sufrimiento y supone ahorro económico. Usar vacuna-MMRV abarataría los costes.

Hay 114 casos entre 12-17 años que deberían estar vacunados.

Desde 2007 los ingresos disminuyen a la mitad.

La incidencia de varicela en 19 años no parece influenciada por la venta libre de esta vacuna.

#### O-022

### EOSINOFILIA INTENSA EN NIÑO INMIGRANTE SUBSAHARIANO

Barberá Pérez, P.M.; Javierre Miranda, E.; Seral García, C.; García Sánchez, N.  
Lozano Blesa, Lozano Blesa, Delicias Sur, Zaragoza

**Introducción:** La realización de pruebas a niños inmigrantes a su llegada puede poner de manifiesto enfermedades que precisen tratamiento.

Presentamos el caso de un niño guineano, en el que el hallazgo de una eosinofilia intensa conduce al diagnóstico de una parasitación inusual en nuestro medio.

**Caso clínico:** Niño de 10 años procedente de Guinea Ecuatorial, sin antecedentes de interés salvo paludismo. Examen físico normal. Se realizan, entre otras pruebas, analítica y estudio coproparasitario.

En los resultados destaca: Eosinófilos 5.200/mm<sup>3</sup>. Parásitos en heces: Giardia lamblia, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichuriae y Entamoeba dispar. Se trató con mebendazol y metronidazol. En una visita de control comprobamos persistencia de eosinofilia, 1600/mm<sup>3</sup>, de intensidad moderada. Se solicita un nuevo estudio coproparasitario, donde aparecen un huevo de Eschistosoma de morfología similar a S chistosoma haematobium y Schistosoma intercalatum. Estudio de parásitos en orina negativo y ecografía vesical normal. Se trata con praziquantel.

**Discusión:** La aplicación de protocolos de cribado a niños inmigrantes, aunque se encuentren asintomáticos, y el tratamiento de los procesos detectados, puede suponer un beneficio para su salud, tanto a corto como largo plazo. La presencia de eosinofilia en pacientes procedentes del trópico debe establecer la sospecha hemintiasis.

#### O-023

### HEPATITIS INFECCIOSA AGUDA POR PARVOVIRUS

Uberhuaga Candia, M.I.; Campanario León, A.; Robin Georges, M.; Arcas Juan, P.; Reques Cosme, R.; Mesa Del Castillo, M.  
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial

Preescolar de cuatro años con fiebre de 38.5°C, hiporexia y decaimiento de veinticuatro horas de evolución. Presenta orinas oscuras y deposiciones acólicas. No ingesta de medicamentos. Antecedente familiar de madre con hipertransaminasemia no filiada.

La exploración física revela ictericia en piel y mucosas, eritema malar intenso y lengua aframbuesada. Presenta adenopatías submandibulares, axilares e inguinales. Resto de la exploración, anodina.

La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia, hipertransaminasemia, elevación de reactantes de fase aguda y leucocituria. En la ecografía abdominal se observa mínimo

aumento difuso de la ecogenicidad hepática.

La serología para virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC, VHD), Toxoplasma, Sífilis, CMV, VEB y Parvovirus B19 es negativa. Positivización de IgM para éste último al mes.

La infección por parvovirus B19 es frecuente en la infancia y de curso asintomático, no reconociéndose universalmente como causa de hepatitis aguda. Muchos autores recomiendan análisis serológicos ante un caso de hepatitis aguda de causa desconocida. La hepatitis por Parvovirus suele cursar de forma autolimitada, la gran mayoría de casos con buen pronóstico. A nuestro parecer, recomendamos repetir serología ante un niño en que persiste diagnóstico de hepatitis sin causa conocida por la posibilidad de seroconversión tardía.

#### O-024

##### A PROPÓSITO DE UN CASO DE LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

Georges, M.R.; Arcas Juan, P.; Uberhuaga Candia, M.;  
Campanario León, A.; Reques Cosme, R.;  
Fernández Leizan, L.

Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial,  
Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda

Lactante mujer de 8 meses valorada por su pediatra en 4 ocasiones en los últimos 2 meses por síndrome febril de repetición con los diagnósticos de pielonefritis aguda por la cual precisó ingreso y tratamiento en medio hospitalario, y 3 procesos de infección respiratoria aguda con tratamiento sintomático ambulatorio. Acude por cuadro de fiebre de hasta 38,2°C de menos de 24 horas de evolución, decaimiento y rechazo de la ingesta. Además, la familia refiere que la ve más cansada de lo normal en el último mes. No otra sintomatología. A la exploración física destaca palidez cutáneo-mucosa y soplo sistólico I-II/VI en el foco mitral. No presenta antecedentes personales de interés. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica: Hematíes: 1,11. Hemoglobina: 2,9 g/dl. Hematocrito: 8,5%. CVM, HCM normal. Pancitopenia severa con aislados blastos. Metabolismo del Hierro normal. TSH normal, PCR: 56 mg/dL. Sistemático de orina y cultivo normal. Tratamiento: transfusión, trasplante de médula ósea y profilaxis de infecciones.

Ante un paciente con síndrome febril de repetición, a pesar de identificar la causa aparente, es importante pensar en enfermedades graves subyacentes. La Leucemia mieloblástica aguda es una entidad menos frecuente en niños en comparación con la Leucemia linfocítica.

#### O-025

##### EPIDEMIOLOGÍA DE LA MIOSITIS POSTVIRAL AGUDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Serrano Viñuales, I.; Sancho Rodríguez, M.L.; Vera Sáez-Benito, M.C.; Troyas Fernández De Garayalde, L.;  
Sánchez Marco, S.B.; Sancho Gracia, E.; Peña Segura, J.L.;  
López Pisón, J.; L. Montañés, L.; García Jiménez, I.;  
Campos Calleja, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Objetivos:** Analizar las características principales y el manejo de la miositis postviral aguda en nuestro servicio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de casos diagnosticados en Urgencias Pediátricas entre Marzo de 2011 y Septiembre de 2014, la muestra se

compone de 46 casos.

**Resultados:** La media de edad se sitúa en 6 años siendo el 59% de los afectos varones. El 43% de las miositis fueron diagnosticadas entre febrero y marzo. El 93% presentaban dolor, la mayoría en extremidades inferiores y todos presentaban exploración neurológica normal. Un 87% presentaba un antecedente infeccioso, la mayoría infección respiratoria. En el 93% se extrajeron enzimas musculares (CPK) con una mediana de 565 Unidades/Litro. En todos los pacientes en los que se realizaron troponinas, éstas fueron normales. Sólo en un paciente se objetivó hematuria sin detectarse daño renal. De los pacientes que acudieron, 13 precisaron ingreso. Todos ellos continuaron controles en su centro de salud con normalización posterior de las enzimas.

**Conclusiones:** La miositis postviral aguda cursa en brotes en época invernal en nuestro medio. No se han objetivado complicaciones en nuestra muestra. Consideramos importante el seguimiento de los pacientes de forma coordinada con sus pediatras de Atención Primaria.

#### O-026

##### SEGUIMIENTO DE ANTIQUOS PREMATUROS

Bachiller Carnicero, L.; Torres, M.J.; López Maestro, M.;  
Vázquez Román, S.; Pallás Alonso, C.  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo:** Conocer la evolución de los niños nacidos con  $\leq 1500$  gramos.

**Material y métodos:** Se estudian prospectivamente los niños nacidos con  $\leq 1500$  gramos entre 1991 y 2011, a los 2 años de edad.

**Resultados:** Se encuentran 1205 pacientes. A los 2 años 81% pacientes no presentan secuelas, teniendo secuelas moderadas-graves un 7.7%. Los factores de riesgo, en periodo neonatal, para presentar estas secuelas fueron la presencia de hemorragia intraventricular grado III, ventriculomegalia grado  $\geq 2$  y la sepsis tardía. La mortalidad fue del 15.4%. En el periodo entre 1991-1996 la mortalidad fue del 20.2% mientras que entre 2006-2011 fue del 14% (OR 0.27, IC 95% 0.15-0.49;  $p < 0.001$ ), sin aumentar la frecuencia de secuelas. A menor edad gestacional más mortalidad y secuelas. En menores de 1.000 gramos la mortalidad aumenta a un 29.4% y las secuelas moderada-graves a un 12.3%.

Respecto a las secuelas sensoriales un 1.5% presenta sordera bilateral. Un 0.4% sufrieron ceguera.

Un 7% tiene alguna secuela motora, de ellos un 58% fue etiquetado de parálisis cerebral moderada-grave. Un 16% presenta algún grado de retraso en el desarrollo.

**Conclusiones:** Se observa un aumento de la supervivencia global de los niños atendidos sin incrementarse la presencia de secuelas moderadas-graves.



## GRUPO 4

## O-027

**UTILIDAD DE LOS SCORES CLÍNICOS DE CENTOR Y BREESE EN LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS FARINGOAMIDALITIS EN PEDIATRÍA**

Gil-Vázquez, J.M.; Piñol, S.; Abrodos, D.; Lopez, C.; Olmos, E.; Navaz, J.; Burgos, I.  
CAP Gracia. Sabadell5., CAP Merinals. Sabadell5., CAP Can Rull. Sabadell

**Introducción:** La odinofagia es el tercer motivo mas frecuente de consulta en los centros de atención primaria y condiciona un elevado coste socio-sanitario.

En la década de los 70 se validaron diferentes scores clínicos para ayudar a diferenciar la etiología vírica de la bacteriana en las faringoamigdalitis. Posteriormente, en los 80, aparecieron los test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRAE).

**Material y métodos:** Se evaluaron 55 niños entre 3-15 años que consultaron por odinofagia y se determinó el score clínico de Centor y Breese. En los casos en que se obtuvo un score de Centor igual o superior a 2 se realizó un TDRAE (Binoexia Strep A Plus, bioMérieux SA).

**Resultados:** Se obtuvo un 46% de TDRAE positivos (31,5% Centor 2, 50% Centor 3, 63,4% Centor 4). En Breese inferior a 29, el 18 % de TDRA resultó positivo y el 55,5% en Breese >31.

**Comentarios:** La utilización de scores clínicos ayuda a realizar una buena aproximación en el diagnóstico etiológico de las faringoamigdalitis.

El alto valor predictivo negativo del score de Breese y hecho de que esté validado en población pediátrica hace que su uso sea recomendable como screening inicial para limitar el número de TDAE realizados.

## O-028

**COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR VARICELA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

Lostal Gracia, M.I.; García Sánchez, N.; Méndez Díaz, M.; Ladrero Blasco, M.O.; Poncel Falcó, A.; Bielsa Rodrigo, F.; De Juan Martín, F.  
CS Actur Oeste, Salud Pública. Gobierno de Aragón, Centro Gestión Proyectos Corporativos. Servicio Aragonés de Salud, Comité Asesor Vacunas.  
Gobierno de Aragón

**Objeto del trabajo:** La vacunación frente a varicela en calendario oficial en Aragón es a los 12 años. Hasta agosto 2013, se ha vacunado además por prescripción pediátrica, dispensada en Farmacias.

El objetivo del estudio es aproximarnos a la realidad de las coberturas de vacunación en Aragón, en niños vacunados por calendario oficial y prescripción médica.

**Material y método:** Base de datos: Historia Clínica Electrónica (OMI-AP), datos anonimizados, códigos: VAR-1 (fuera calendario oficial), VAR-2 (1ª dosis calendario oficial), VAR-3 (2ª dosis calendario oficial), años 2011-12 y 13. Variables consultadas: Fecha de nacimiento, administración y sector sanitario.

**Resultados:** Nº dosis registradas 29.067. Fuera de calendario, 22.193 (76%), calendario oficial 6.874 (24%).

Con al menos una dosis y fuera de calendario, 17.042 niños vacunados, edad media: 2,6 años (90,4% 1-4 años) y

4.152 en calendario, edad media: 11,4 años.

Cobertura vacunación menores 3 años (al menos una dosis): 24,9%.

**Conclusiones:**

- En el periodo estudiado, 76% de vacunas administradas han sido fuera de calendario oficial.
- La administración fuera de calendario es temprana: 2,6 años (90,4% 1-4 años).
- La cobertura de una dosis en menores de 3 años está próxima al 25%.
- Sólo la inclusión en calendario oficial podrá mejorar las coberturas de vacunación.

## O-029

**VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN POBLACIÓN INFANTIL DE ARAGÓN ¿DE QUÉ SITUACIÓN PARTIMOS ?ANÁLISIS ESTADO VACUNAL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**

Lostal Gracia, M.I.; García Sánchez, N.; Méndez Díaz, M.; Ladrero Blasco, M.O.; Poncel Falcó, A.; Bielsa Rodrigo, F.; De Juan Martín, F.  
CS Actur Oeste, Salud Pública. Gobierno de Aragón, Centro Gestión Proyectos Corporativos. Servicio Aragonés de Salud, Comité Asesor Vacunas.  
Gobierno de Aragón

**Objeto del trabajo:** Conocer la cobertura de vacunación frente a neumococo, en el sector público de la población infantil de la Comunidad Autónoma de Aragón, antes de su inclusión en el Calendario Vacunal Oficial. Este dato tiene importante relación con la inmunidad de grupo, estado de portador e incidencia de la enfermedad.

**Material y método:** Historia Clínica Electrónica (OMI-AP). Datos anonimizados. Registro BDU SALUD Aragón. Código NEUM-1 (vacuna antineumocócica conjugada), años 2011-12 -13. Fecha de nacimiento y administración.

**Resultados:** 68.033 registros NEUM-1. Niños, 33.180 niños; 1-35 meses edad. Cobertura 1 dosis 63,4%, 2 dosis 57%, 3 dosis 50%, 4 dosis 34,3%, diferencias interprovinciales (Teruel, 4 dosis 27,1%).

Edad inicio primovacunación: menor 3 m, 43% (9.092/21.024), 44% 3-4 m (9.260/21.024).

Edad administración 3ª dosis, 38,2% menor 7 meses; 4ª dosis, menores 13 m 4,7%, menores 15 m 82,1%, mediana 14 m.

**Conclusiones:**

- Cobertura vacunación completa, 4 dosis, baja, 34,3%.
- Inicio tardío de primovacunación, sólo 43% menor 3m. y se completa tarde, 38,2% menor 7m.
- La dosis de refuerzo se administra entre 13 y 15 meses en el 77,4%, lo deseable sería a los 12 meses.
- Entre la población infantil nacida en 2011, 2012 y 2013, 36,6% no ha recibido ninguna dosis.

## O-030

**CIEN MENSAJES EN VACUNAS**

Eiros, J.M.; Bachiller, R.; Armentia, A.; Pérez, A.; Martín, B.; Luquero, F.  
Facultad Medicina, Hospital Clínico Universitario, Valladolid,  
Facultad Medicina, John Hopkins

**Introducción y Objetivo:** La información disponible en el ámbito de la vacunología es abundante y no siempre bien contrastada. Los acontecimientos desfavorables relación con

las vacunas son objeto de amplia difusión mediática. Conscientes de la escasez de mensajes positivos se ha procedido a elaborar un documento sobre conceptos clave en vacunas

**Métodos:** Se ha configurado un grupo de especialistas en pediatría, alergología, microbiología y salud pública para elaborar cien mensajes redactados en texto libre e ilustrados con dibujos alusivos a la temática de 2-3 ítems.

**Resultados y Conclusiones:** Se ha editado un libro fragmentado en seis apartados: Conceptos preliminares, Estrategias de Vacunación, Investigación en Vacunología, Capacidad de protección de las vacunas, Recomendaciones en política vacunal y Perspectivas de futuro. Cuantitativamente la mayor parte de contenidos se han centrado en las estrategias (48%) y la proporción mas reducida en perspectivas del futuro (4%). La temática se ha configurado en mensajes cortos que tratan de trasladar conocimientos relativos a los referidos aspectos. Se ha editado la obra: "100 mensajes en vacunas", ISBN 978-84-940880-3-2. DL VA 350-2014. Su difusión y lectura puede constituir una herramienta útil para los profesionales en los ámbitos de la asistencia, la investigación, la docencia y la educación sanitaria.

### O-031

#### MALARIA EN NUESTRO MEDIO, UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE

Verástegui Martínez, C.; Sancho, M.L.; Sánchez, S.B.; Gale, I.; Laliena, S.; Murillo, L.; Miguel, G.; Morlan, L.; D.,D.; Campos, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción y Objetivos:** La malaria es una de las principales causas de muerte infantil. Los viajeros no inmunes procedentes de zonas sin paludismo son más vulnerables. Las nuevas recomendaciones de la OMS son el uso de Artemeter-Lumefantrina como terapia contra el P.fáciparum.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los 16 casos diagnosticados de malaria en nuestro centro desde Septiembre 2010 a Noviembre 2013

**Resultados:** 62% varones y 38% mujeres. El 69% <7 años, media de edad de 5 años. Todos procedían de países subsaharianos, el 70% de Guinea Ecuatorial. La media de estancia en los países de procedencia (exceptuando los que venían por primera vez a España) fue de 11 meses, con un promedio de 21 días de estancia en España hasta acudir a un centro médico. Solo 1 de los casos había tomado la profilaxis completa. El 56% presentaba anemia (Hb media 8.6mg/dL). Las especies encontradas fueron 13(82%) P.falciparum, 2P.falciparum y P.ovale, 1P. ovale. Estancia hospitalaria media de 3.9 días. El 100% se trató con Atovacuona-Proguanil durante 3 días con éxito.

**Conclusiones:** Últimamente existe un aumento de la población inmigrante que nos hacen tener presente esta enfermedad. En la próxima revisión compararemos los resultados desde que utilizamos Artemeter-Lumefantrina (2014).

### O-032

#### HEMATURIA DE ORIGEN TROPICAL

Verástegui Martínez, C.; Laliena, S.; Sancho, M.L.; Murillo, L.; Miguel, G.; Sorribes, J.; Montaner, A.; De Dios, B.; E.,E.; Castillo, J.A.; Justa, M.L.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria producida, endémica en muchos países: África y Oriente medio. Es una enfermedad emergente por el aumento en el número de inmigrantes y del turismo, con un pico de edad entre 10 y 19 años con predominio masculino. Si no se trata a tiempo puede evolucionar en obstrucción ureteral hidronefrosis y cáncer escamocelular (60%).

**Casos clínicos:** En Julio de 2014 consultaron 1 niño de 4 años procedente de Senegal y una niña de 5 años que había viajado meses antes a Argelia. Ambos presentaban disuria con hematuria incontable y urocultivos estériles. En la ecografía se observó un crecimiento parietal polipoideo. Presencia de huevos de Schistosoma haematobium en orina. Resto normal. Se trataron con una única dosis de Praziquantel con buena evolución.

El Praziquantel es un fármaco internacional de dispensación hospitalaria. Desde 2010 hasta 2014 en nuestra área se han reportado 12 casos pediátricos, todos de origen africano, 4 casos hospitalarios y 8 desde atención primaria.

**Conclusión:** Se debe sospechar ante Hematuria macroscópica de varios meses de evolución en paciente procedente de África y urocultivo estéril. Ante una sospecha, puede realizarse el estudio y el tratamiento desde atención primaria sin necesidad de ingreso hospitalario.

### O-033

#### ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CARACTERÍSTICAS ACTUALES EN NUESTRO MEDIO

Sancho Rodríguez, M.L.; Sánchez Marco, S.B.; Serrano Viñuales, I.; Troyas Fernández De Garayalde, L.; Laliena Aznar, S.; Verástegui Martínez, C.; Sancho Gracia, E.; Guerrero Laleona, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Objetivo:** Determinar características epidemiológicas, clínicas y analíticas de pacientes afectos de Síndrome de Kawasaki atendidos en un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Kawasaki desde Enero 2012 a Diciembre 2014, con un total de 15 casos.

**Resultados:** El 67% eran varones con edad media de los pacientes de 3,73 años, con dos picos de mayor incidencia entre los 2-4 años y los 5-6 años.

Respecto a las características clínicas, duración de fiebre entre 5-10 días y alteraciones mucocutáneas estaban presentes en el 100%, seguidas en un 80% de adenopatías y exantema, inyección conjuntival en un 60% y alteraciones de extremidades en un 20%.

De las serologías realizadas, 60% fueron negativas, 20% positivas a M. Pneumoniae, 6% positiva a CMV y 6% positiva a VEB.

A nivel ecocardiográfico, un caso muestra aneurisma de arteria coronaria izquierda y otra dilatación de arteria coronaria izquierda.

87% de los casos recibieron tratamiento con AAS y 73% con inmunoglobulinas.

**Conclusiones:** La enfermedad de Kawasaki es una patología poco frecuente en nuestro medio. En nuestra revisión las manifestaciones clínicas más características (fiebre y alteraciones mucocutáneas) han permitido su diagnóstico clínico, siendo las complicaciones ecocardiográficas poco frecuentes.

#### O-034

##### VALIDEZ DE LOS CRITERIOS CENTOR EN LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Laliena Aznar, S.; Corella Aznar, E.; Laliena Aznar, L.; Sancho Gracia, E.; Gómez Barrena, V.; Campos Calleja, C.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Los criterios Centor (CC) orientan la etiología de las faringoamigdalitis agudas (FAA).

El objetivo principal del trabajo es analizar la rentabilidad del test de detección rápida de estreptococo beta-hemolítico grupo A (TDR-SBHGA) sus valores predictivos, sensibilidad, especificidad y obtener porcentajes de positivos según los CC presentes.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 505 pacientes con FAA en los que se realizó TDR-SBHGA desde Noviembre-2014 hasta Junio-2015.

**Resultados:** El porcentaje de resultados positivos aumentó de forma directamente proporcional a la cantidad de CC presentes: 20% sin ningún criterio, 34'5% con 1 o 2, 43% con 3 y hasta 49% con 4 CC. Destacó de forma importante el grupo etario de 4-8 años, con un porcentaje de positivos del 46'5%.

Analizando individualmente los CC se halló una asociación significativa entre un resultado positivo del test y la presencia de adenopatías con un VPN del 60'8%, así como con la ausencia de tos, con un VPN de 71% y una especificidad del 65%.

**Conclusiones:** Los CC individualmente no presentan VPP y especificidad elevados, pero la presencia de  $\geq 3$  CC se asocia a mayor probabilidad de etiología bacteriana. Esta asociación resulta útil en nuestra práctica clínica, racionalizando el uso del TDR-SBHGA y antibioterapia.

#### O-035

##### LINFADENITIS CERVICAL POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Moreno Ortega, M.; García Ruiz Santa Quiteria, M.I.; Pérez Borrego, E.; García Domínguez, M.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Adolescente varón de 13 años que consulta con su pediatra por astenia, hiporexia, febrícula, sudoración profusa y pérdida de 8 kilogramos en los dos últimos meses, junto a tumefacción laterocervical izquierda de rápido crecimiento en la última semana.

**Antecedentes personales:** Neumonía hace 6 meses. Desde entonces, tos productiva ocasional.

**Exploración:** Palidez cutáneomucosa, sudoración profusa. Conglomerado adenopático laterocervical bilateral doloroso de mayor tamaño (6cm) en lado izquierdo, de consistencia dura, movilidad escasa y fijación a planos profundos. Eritema y lesión pustulosa en piel supraadyacente. No otros hallazgos. Se solicitan analítica completa, serología, Mantoux, hemocultivo y radiografía de tórax; obteniéndose: analítica normal salvo PCR 165 mg/l, Mantoux: úlcera de 1,5 cm, radiografía de tórax: consolidación con cavitación en lóbulo pulmonar

superior izquierdo. Se decide derivación a servicio de Infectología Pediátrica para ampliar estudio, entre cuyas pruebas complementarias se incluyó una biopsia ganglionar, que evidenció la presencia de Mycobacterium tuberculosis.

**Conclusiones:** Las linfadenopatías son un motivo frecuente de consulta en atención primaria. Ante un cuadro clínico de adenopatía subaguda que además se acompaña de síntomas sistémicos, se ha de considerar siempre la posibilidad de infección por Mycobacterium tuberculosis, la cual constituye aún en nuestros días un importante problema sanitario a nivel mundial.

#### GRUPO 5

#### O-036

##### EL DOLOR EN PEDIATRÍA. OPINIÓN Y ACTITUD DE LOS PADRES

Mañas Uxó, M.I.; Fernández Campos, M.A.; Devesa Del Valle, A.; Fernández Peregrina, S.; Quesada Muñoz, G.; Armenteros López, A.I.; Bonillo Perales, A.; Valcarcel Marín, A.  
Hospital Torrecárdenas, Almería, Hospital Costa del Sol, Marbella

Conocer las opiniones y actitudes de los padres ante el dolor de sus hijos, comparándolas con la fiebre.

Estudio transversal mediante cuestionario autoadministrado para padres que acudieron a consultas de urgencias o atención primaria durante junio de 2015.

Se obtuvieron 100 respuestas. Hemos recogido datos de filiación y entre las respuestas destacan: Para el 38.1 % el dolor en Pediatría es un problema poco frecuente, el 29% opina que se percibe con menor intensidad que los adultos, según el 51% los niños apenas recuerdan experiencias dolorosas y el 69.7% considera que los niños son más sensibles a efectos adversos de los fármacos.

La odinofagia es el dolor más frecuente para el 43.8%. El 46.4% utiliza medidas no farmacológicas como primera opción de tratamiento del dolor, mientras que para la fiebre el 51% utiliza fármacos, siendo el más utilizado en ambos casos el ibuprofeno. Sólo un 9.2% considera que el dolor se trata demasiado poco, mientras que únicamente el 1% opina lo mismo de la fiebre.

Existe escasa conciencia y desconocimiento del manejo del dolor. Se plantea la necesidad de mejora en éste ámbito, conjuntamente con los profesionales sanitarios, para ayudar a nuestros niños a disminuir el dolor y sus consecuencias.

#### O-037

##### EVALUACIÓN DE UN TALLER DE RCP BÁSICA. ¿QUIÉN APRENDE MÁS, MAESTROS O ALUMNOS?

Gargallo García, L.; Piaggio, F.; Moraleda Velasco, P.; Muñoz, C.; Cerro, J.A.; Pérez Sánchez, Á.F.; Lozano, C.; Bañón, R.

Centro Salud Almagro, Centro Salud Almagro

**Objetivo:** Valorar el aprendizaje sobre Resucitación cardiopulmonar básica (RCP) mediante un algoritmo incompleto, como instrumento evaluador de una actividad de Educación para la Salud (EpS) en alumnos adolescentes (4º de ESO) y maestros de Educación Primaria.

**Sujetos:** 10 maestros de un Colegio Público y 35 alumnos de 4º de ESO de un IES, 12 profesionales (médicos y enfermeros) en 4 sesiones.

**Método:** Introducción y objetivos; evaluación mediante algoritmo resumen de RCP con 20 palabras incompletas (señaladas 1 a 3 primeras letras; presentación teórica (30’); práctica RCP con maniqués en grupos 2-4 personas (60’); reevaluación mediante el algoritmo. Estadística: t de Student.

**Resultados:**

1. Alumnos y maestros muestran escasos conocimientos previos sobre RCP (2,50/10+/-1,19 alumnos; 3,35/10+/-1,58 maestros; no diferencias).
2. Ambos grupos adquieren un aprendizaje notable y similar (8,60/10+/-0,78 alumnos; 8,45/10+/-0,93 maestros; no diferencias).
3. Hay diferencia en el número de errores tras el aprendizaje, siendo mayor en los alumnos (2,18/29+/-1,22) que en maestros (1,20/20+/-1,03), siendo la diferencia significativa ( $t=2,54, p<0,01$ ).
4. Hay diferencias significativas ( $t=1,86, p<0,05$ ) en número de omisiones, siendo mayor en los maestros (1,90/20+/-2,08) que en alumnos (0,62/20+/-1,23).

**Conclusión:** Tanto maestros como alumnos aprenden satisfactoriamente con nuestro taller de RCP básica como se demuestra mediante el algoritmo evaluador.

**O-038**

**PORTEANDO. ¿QUÉ SABEMOS?**

Arcas Juan, P.; Uberhuaga Candia, M.; Campanario León, A.; Georges, M.R.; Reques Cosme, R.; Bischofberger Valdes, C.  
Hospital Escorial

**Objetivo:** Conocer el interés que genera el porteo entre padres y pediatras, así como los conocimientos que se tienen sobre él.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo, de ámbito comarcal, mediante encuesta anónima y voluntaria realizada a 102 pediatras (online) y a 136 padres (papel).

**Resultados:** Se obtuvieron 81 respuestas (66.6% padres). La edad media de pediatras fue 37,2 años y de padres 38,1. El 61.7% fueron mujeres y el 87.6% tenían hijos (48.1%, 2 hijos). El 87.7% refería conocer el porteo, aunque sólo el 9.8% lo conocían por personal sanitario. El dispositivo más conocido es el fular (48%). El 69% considera que el porteo tiene beneficios, aunque la mitad también cree que conlleva riesgos, describiendo la asfixia hasta en un 19.7%. El 86% utilizaría el porteo si recibiera más información.

En un análisis por grupos (padres/pediatras), hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a “cómo se conoció” el porteo, y también que los pediatras creen que tiene más riesgo.

**Conclusión:** El porteo suscita cada vez más interés entre padres y pediatras. El personal sanitario informa poco sobre el tema. Por otro lado, los pediatras perciben un mayor riesgo con el uso de este tipo de dispositivos que los padres.

**O-039**

**¿INFLUYE EL TIPO DE LACTANCIA SOBRE EL PESO Y TALLA DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA?**

Fernández Peregrina, S.; Polo González, T.; Azor, E.; Cobo Vázquez, E.; Ibáñez Alcalde, M.  
Hospital Torrecardenas, Centro de Salud Virgen Del Mar,  
Clínica Mediterráneo, Hospital De Poniente

**Objetivo:** Conocer el efecto del tipo de lactancia sobre el peso y la talla en los primeros 4 años de vida.

**Material y métodos:** Estudio cohortes prospectivo que incluye 197 recién nacidos (RN) sanos a término, en los que se realiza seguimiento antropométrico en un C. Salud en los primeros 4 años, determinando peso, talla e IMC en los controles de niño sano: 1, 2, 4, 6, 12 y 15 meses, 2 y 4 años.

**Resultados:** Se incluyen 197 RN, de los cuales 115 fueron varones (58.4%). La Edad Gestacional media fue de 39,4 semanas. 59 niños recibieron lactancia materna (LM) exclusiva mayor o igual a 6 meses (29,9%), 73 lactancia mixta (37,1%) y 65 lactancia artificial (33%). En los primeros 4 meses de vida, la LM parece influir positivamente en los parámetros antropométricos, tanto en el peso ( $p 0,04$ ) como en la talla ( $p 0,01$ ), no siendo significativos los resultados para los valores a los 6, 12, 15 meses, 2 y 4 años ( $p>0,05$ ).

**Conclusiones:** La lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses de vida parece influir en mayores valores de parámetros antropométricos, no encontrándose diferencias significativas en edades posteriores (del 6º mes al 4º año de vida).

**O-040**

**7 CASOS DE MASTITIS SUBAGUDA TRATADOS EFICAZMENTE CON PROBIÓTICOS: UNA ALTERACIÓN DE LA FLORA NORMAL DE LA LECHE MATERNA INFRADIAGNOSTICADA**

Knörr Puigdemont, A.; Teixidó Medina, A.; Portella, A.; Casademont, R.; Pérez, J.; Martí, I.; Artola, M.; Vizcarra, V.  
Cap Vallcarca-Sant Gervasi

**Introducción:** El conocimiento de la microbiota humana está tomando gran relevancia en los últimos años. La microbiota de la leche ha resultado ser un ecosistema más complejo de lo que se pensaba. La mastitis subaguda es una alteración de la flora normal de la leche materna (disbacteriosis o disbiosis) que requiere un tratamiento específico distinto al de las mastitis agudas clásicas.

**Material y métodos:** Se presentan 7 casos de mastitis subaguda tratados con probióticos y/o antibiótico. Cinco lactantes padecían anquiloglosia (frenillo sublingual corto), 2 casos presentaban candidiasis asociada y 3 madres habían recibido antibióticos en los últimos 3 meses.

**Resultados:** Todos los casos presentaron mejoría con probióticos (Lactobacillus), más rápida cuanto más precozmente se instauró el tratamiento. Cinco madres precisaron tratamiento concomitante con ciprofloxacino. En ningún caso fue posible realizar un adecuado estudio microbiológico de la leche materna.

**Conclusiones:** La mastitis subaguda es una patología infradiagnosticada que representa un reto diagnóstico y terapéutico. Frecuentemente se asocia a una anquiloglosia del lactante. La rápida identificación e instauración del tratamiento son claves para evitar el destete precoz. Los probióticos con Lactobacillus han demostrado ser muy eficaces. Disponer de un correcto análisis microológico de la leche materna es de gran utilidad.



O-041

### INFECCIONES RESPIRATORIAS EN GUARDERÍAS: EFECTO DE UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL DE HIGIENE DE MANOS EN EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS

Devesa Del Valle, A.; Jiménez Nogueira, E.; Yui Hifume, R.; Aguilar Albarracín, C.; Bonillo Perales, A.; Azor Martínez, E.  
Hospital Torrecárdenas, Almería, Centro Salud Virgen Del Mar

**Introducción:** Las infecciones respiratorias (IR) son causa frecuente de morbilidad infantil y la asistencia a guarderías, un factor de riesgo.

**Objetivo:** Determinar si un programa multifactorial de higiene de manos que incluye educación sanitaria, disminuye el consumo de antibióticos y número de consultas por IR en niños asistentes a guarderías.

**Material y métodos:** Estudio controlado-aleatorizado-abierto, 237 niños/as asistentes a 7 guarderías de Almería, entre noviembre/2013-junio/2014; distribuidos en 2 grupos: Grupo Intervención (GI) utilizó gel hidroalcohólico y Grupo Control (GC) lavado de manos habitual. Realizamos talleres: higiene de manos y transmisión de infecciones en GI y alimentación saludable en GC. Los padres recogieron datos de episodios de absentismo.

**Resultados:** Ocurrieron 830 episodios de IR, 71.8% IR altas, 19.4% bronquiolitis, niños asmáticos presentaron un 13.37% IR (5.48 episodios/año, IC95%:5.18-5.80). La media de episodios de absentismo fue GC: 3.59 (IC95%: 3.12-4.07) versus GI: 3.42 (IC95%: 2.97-3.86) ( $p>0.05$ ). Se prescribieron antibióticos: 47.57% en GC vs 35.07% en GI ( $p<0.01$ ). El 72.63% del GC consultó en atención primaria frente al 59.45% del GI ( $p<0.01$ ). Consultas en urgencias: GC 23.78% vs GI 21.64% ( $p>0.05$ ).

**Conclusiones:** Los programas de higiene de manos que incluyen educación sanitaria parecen disminuir transmisión de IR y el consumo de recursos sanitarios.

O-042

### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Vera Sáez-Benito, M.C.; Peralta Rufas, E.M.; Romeo Lázaro, E.; Serrano Viñuales, I.; Villamañán Montero, A.; Madurga Revilla, P.; García Jiménez, I.; Gómez Barrena, V.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Objetivo:** El episodio aparentemente letal (EAL) se caracteriza por una combinación de signos y síntomas que impresionan de gravedad y atemorizan al observador. Se ha progresado en su manejo pero siguen existiendo incógnitas en cuanto a su definición, diagnóstico y manejo. El objetivo es conocer la epidemiología de dichos episodios.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de casos sobre lactantes atendidos en la Unidad de Urgencias Pediátrica, entre enero de 2012 y diciembre de 2013, con historia compatible con EAL. Se estudian aspectos epidemiológicos, antecedentes personales, circunstancias en las que ocurre el episodio e intervención requerida para su remisión.

**Resultados:** Se analizan 56 casos (32 varones (57%) y 24 mujeres (43%)). 37 de los casos (66%) tienen edad menor o igual a 2 meses. La mayor parte de estos EAL suceden durante el sueño, durante la toma o al poco tiempo de finalizar ésta; y la mayor parte de los lactantes solo precisan un estímulo suave para recuperarse, solo 11 (19.6%) requieren maniobras

más intensas. La mayor parte son diagnosticados de patología digestiva seguida de cerca por la patología respiratoria.

**Conclusiones:** El EAL es un diagnóstico inespecífico que puede estar causado por diferentes entidades. Una historia clínica y una exploración física detalladas son fundamentales en su evaluación.

O-043

### RESULTADOS PRELIMINARES DE: LA EVOLUCIÓN DEL AUTOCONTROL DIABETOLÓGICO A TRAVÉS DE LOS CAMPAMENTOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS. EVALUACIÓN DE SU EFICACIA

Verástegui, C.; Martínez De Zabarte, J.M.; Sánchez, S.B.; Lopez, M.; Martín, L.; González, B.; Lou, M.G.; De Arriba, A.; S., S.; Ferrer, M.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Hospital de Alcañiz, Alcañiz

**Introducción:** La diabetes infantil es una enfermedad crónica que precisa un esfuerzo constante y personal de atención y vigilancia. Los campamentos para diabéticos pretenden mejorar las habilidades prácticas en el autocuidado y promover la independencia.

**Objetivos:** Constatar la evolución del control y tratamiento de la diabetes y su repercusión en el control metabólico tras clases teórico prácticas diabéticas respecto al ejercicio, la dieta y otros cuidados del día a día.

**Material y Métodos:** Realización de una encuesta antes del campamento, inmediatamente después y a los 3 meses (Octubre 2015) a los 58 niños diabéticos de 10-16 años que han acudido al campamento (Julio 2015).

**Resultados** justo después del campamento: Comparando los resultados previos con los inmediatamente posteriores al campamento, se observa una mejoría en la planificación de insulino terapia en un 200%; en el control sobre las raciones de sus comidas 40%; en el uso del índice de sensibilidad 70%; 77% en el ajuste de insulino terapia con respecto al ejercicio.

**Conclusión:** Durante el campamento se ha visto clara mejoría en el autocontrol y confianza de los participantes. Habrá que esperar 3 meses para comprobar que dichas mejoras perduran en su vida habitual y compararlo con niños que no han ido al campamento.

O-044

### INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: ¿SIGUEN LAS RECOMENDACIONES NUESTROS PACIENTES?

Esteban Zubero, E.; Baquer Sahún, C.A.; Jordán Domingo, M.; Trueba Insa, S.; Lubián Martínez, M.; Barberá Pérez, P.M.; Javierre Miranda, E.; García Sánchez, N.

Delicias Sur, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo:** Conocer la adecuación del momento de introducción de la alimentación complementaria de lactantes en un centro de salud urbano con un alto porcentaje de población inmigrante, valorando si las variables sociodemográficas influyen en su introducción.

**Material y métodos:** Durante 9 meses (Agosto de 2014 a Abril de 2015) se entrevistaron a los padres de niños entre 0 y 12 meses que acudían a consulta, previo consentimiento informado y de forma anónima. Se evaluó la edad de introducción de la alimentación complementaria por grupo alimenticio. Se recogieron variables socioeconómicas y culturales.

**Resultados:** Se recogieron 51 encuestas. El 70'58% de los encuestados introducían los cereales antes de los 6 meses. En

el caso de la fruta era el 94'11%. Un porcentaje importante introducía alimentos industriales (snacks, dulces...) antes de los 12 meses. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre la nacionalidad y/o el nivel socioeconómico. Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la vacunación del neumococo y el cuidado por parte de los abuelos en la población de origen español.

**Conclusión:** Se aprecia la falta de adherencia a las recomendaciones a la introducción de la alimentación complementaria sin influir nacionalidad o nivel socioeconómico. Es necesario incrementar esfuerzos de educación sanitaria en nutrición a nuestra población.

## GRUPO 6

### O-045

#### HÁBITOS Y GUSTOS ALIMENTARIOS, EJERCICIO FÍSICO Y OCIO PASIVO EN LA POBLACIÓN INFANTIL CANARIA

Abajo Del Rincón, H.A.; González López De Alda, B.  
CS OFRA

Canarias es líder en obesidad y sobrepeso infantil. En este estudio, hemos querido describir los hábitos alimentarios infantiles (adherencia a dieta mediterránea y cuarenta variables más de dinámica alimentaria pediátrica y familiar), junto a sus preferencias alimentarias; y por otra parte, hábitos deportivos (cantidad y tipología) y de ocio pasivo (televisión y ordenador) en las tres poblaciones infantiles: normopeso, sobrepeso y obeso. Es un estudio descriptivo con 124 participantes con edades comprendidas entre los 6 y 14 años, en el que comparamos 62 niños/as con normopeso, 24 niño/as con sobrepeso y 38 niños/as con obesidad. Hemos usado el cuestionario 'kidmed' del programa PERSEO. Tras el análisis estadístico, hemos encontrado parcialmente diferencias en los hábitos alimentarios de los tres grupos, pero ninguna diferencia estadísticamente significativa en las preferencias alimentarias de las tres poblaciones. En cambio, tanto las variables de ejercicio físico como las de ocio pasivo si presentan diferencias significativas entre los tres grupos. Concluimos que si no hay diferencias ostensibles en los hábitos ni en los gustos alimentarios, pero si en ejercicio físico, debemos los profesionales de atención primaria promover activamente ejercicio físico diario, así como valorar otros factores psicosociales que puedan influir en la prevención de la obesidad infantil.

### O-046

#### SÍNDROME DE LA PINZA AORTOMESENTÉRICA SUPERIOR (SAMS) ¿CAUSA O CONSECUENCIA DE MALNUTRICIÓN?

Castro Corral, L.; Expósito Mena, H.; Torres Peral, R.; Corral De La Calle, M.; Álvarez Álvarez, N.; Abad Moreno, N.; Sánchez-Villares Lorenzo, C.; Roncero Toscano, M.L.; S. Luis, S.

Hospital Clínico de Salamanca, Hospital de Ávila

**Anamnesis:** Mujer de 12 años con abdominalgia recurrente desde hace 6 años. Empeoramiento en los últimos días presentando dolor incapacitante postprandial que mejora con la genuflexión. Asocia sensación nauseosa y pérdida de peso significativa.

**Exploración clínica:** Peso 25kg (p2, -2.26 DE). Talla 137.3 cm (p1, -2.54 DE). IW(t): 89.5%. IW(p): 75 %. Des-

nutrición crónica agudizada moderada. Tanner I. Aceptable estado general. Palidez. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Resto normal.

**Procedimientos diagnósticos:** En la analítica solo destaca elevación de amilasa y lipasa. En la ecografía abdominal no hay signos sugerentes de pancreatitis, distancia aortomesentérica de 4 mm con un ángulo entre ambas de 12° cumpliendo criterios anatómicos y fisiológicos de SAMS. TAC abdominal confirmatorio. Se completa estudio con test del sudor, dudoso, y estudio genético de fibrosis quística negativo para las mutaciones estudiadas.

**Procedimientos terapéuticos:** Tratamiento conservador con soporte nutricional (sonda de aspiración, nutrición parenteral, suplementos hipercalóricos).

**Conclusiones:** El SAMS es una entidad infrecuente con presentación clínica variada. Supone un reto diagnóstico, siendo infradiagnosticado por ecografía. Puede ser causa de malnutrición o consecuencia de esta, por lo que ante este hallazgo se debe ampliar el estudio descartando enfermedades crónicas.

### O-047

#### VITAMINA D Y EJERCICIO EN EL NIÑO

Cerezo, Y.; García De La Rubia, S.; Ortuño Sempere, J.I.; Iofrio De Arce, A.; Hurtado Del Cerro, R.

Esparragal Murcia, Hospital Mahón, Ranero Murcia, Espinardo Murcia

**Objetivo:** Determinar si las cifras de 25-OH-vitamina D están relacionadas con el nivel de ejercicio y el consumo de lácteos.

**Material y método:** Seleccionamos a 75 niños de entre 3 y 13 años. Se les pregunta si hacen ejercicio extraescolar y si consumen más de 500 ml de lácteos. Se les realiza analítica que incluye 25-OH-vitamina D, tomando como valor límite 20 ng/ml. Para el análisis estadístico se utilizó el test exacto de Fisher, la t de Student y la U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Tienen déficit de 25-OH-vitamina D 15 niños (20%). El 92.7% de los niños que hace ejercicio no tiene déficit de 25-OH-vitamina D, mientras que los que no hacen ejercicio, el 35.3% tiene déficit, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0.03). Al considerar el consumo de lácteos no hubo diferencias estadísticamente significativas (p=0,173).

**Discusión:** Diversos factores parecen influir en el déficit de 25-OH-vitamina D. El ejercicio físico manifiesta un efecto beneficioso, quizás también influenciado por el hecho de realizarlo al aire libre recibiendo mayor radiación ultravioleta.

**Conclusiones:** La realización de ejercicio extraescolar en los niños favorece cifras de 25-OH-vitamina D más altas. Por lo tanto el ejercicio sería un factor protector del déficit de Vit D en el niño.

### O-048

#### HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Roncero Toscano, M.L.; Álvarez Álvarez, N.; Sánchez-Villares, C.; Fernández-Luis, S.; Castro, L.; Abad, N.; Martín Alonso, M.; Prieto Matos, P.  
Hospital Salamanca, Salamanca

**Introducción:** La hipercolesterolemia familiar (HF) es un

trastorno hereditario caracterizado por concentraciones elevadas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y aumento del riesgo de enfermedad coronaria.

**Objetivo:** Analizar los valores de LDL en pacientes con HF heterocigota.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con HF heterocigota. Las variables analizadas son los niveles de LDL al inicio del seguimiento, tras seis meses de dieta y, los que precisan tratamiento, a los 6 meses del inicio del mismo.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes con una edad de  $8.5 \pm 3,9$  años, el 62% eran varones. La causa genética predominante fue la mutación en el gen del receptor LDL. Se consiguió una reducción del 21% en los niveles de LDL tras seis meses de dieta (inicial  $243 \pm 64,4$ ; 6 meses  $192,1 \pm 38,5$ ;  $p=0.06$ ) y un descenso del 14% tras 6 meses de tratamiento farmacológico (inicial  $199 \pm 27,8$ ; final  $170,6 \pm 45,8$ ;  $p=0.079$ ) alcanzando significación estadística (0.01) en los mayores de 8 años.

**Conclusiones:** La dieta y el tratamiento farmacológico consiguen disminuir los niveles de LDL siendo éste último, más efectivo en niños mayores de 8 años con resultados estadísticamente significativos.

#### O-049

### ESTUDIO INFAN SOBRE LA UTILIZACIÓN DE INFUSIONES INFANTILES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Santamaría Orleans, A.; De La Iglesia Arnaez, R.;  
Martín Martínez, B.

Laboratorios Ordesa, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa

El Estudio Infan intenta conocer la pauta de utilización de las infusiones digestivas pediátricas por parte de padres y profesionales sanitarios.

Para ello se aplicó un cuestionario de opinión y práctica clínica a 79 profesionales sanitarios y una encuesta on-line a 1138 familias.

Las infusiones pediátricas se recomiendan desde edades tempranas ( $2,9 \pm 3,0$  semanas) en un 60% de los casos de trastornos digestivos leves. En 80% de los niños que las consumen tienen menos de 4 meses de edad.

Los padres utilizaron las infusiones digestivas para aliviar los cólicos del lactante (64,3%) seguido de digestiones pesadas (27,7%) y gases/meteorismo (20,9%). La dosificación y frecuencia de uso responden a las recomendaciones dadas en el etiquetado del producto. Además de las infusiones infantiles, los padres recurren a otros productos (42,5%) como fármacos de venta libre (59%) seguidos de cambio de leche infantil (23,3%).

Tras la utilización durante una media de 6 semanas, se apreció una mejora de la calidad de vida gastrointestinal de los lactantes (71,2% menos gases y 60% menos malestar y dolor) ( $p < 0,001$ ).

La utilización de infusiones digestivas pediátricas es una práctica común por parte de profesionales sanitarios y padres desde los primeros meses de vida por su seguridad y eficacia.

#### O-050

### MALNUTRICIÓN. SIGNOS Y SÍNTOMAS MENOS COMUNES

Méndez Sánchez, A.; Alonso Álvarez, M.A.; Pascual Pérez, A.;  
Rodríguez García, L.; Aparicio Casares, H.; Moya Dionisio, V.;  
González Jiménez, D.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo,  
Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas de Narcea

**Introducción:** Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un reto diagnóstico importante; no siempre asocian disminución de ingesta y a veces es difícil constatar alteración en la percepción de la imagen corporal. Los trastornos vasomotores periféricos (Raynaud/acrocianosis) son una complicación menos habitual; y otras pueden derivar de la práctica excesiva de ejercicio (microtraumatismos).

**Caso clínico:** Niña de 12 años con pérdida ponderal de 1,5 años de evolución, exacerbada los últimos 4-5 meses con incremento de la actividad física; sin dismorfofobia ni disminución de ingesta. Asocia aumento llamativo de tamaño en dos falanges de ambas manos, indoloro. Fenotipo caquéctico, pálida, masas musculares fibrosas, lanugo dorsolumbar, cianosis y sudoración fría en zonas acras de extremidades, con callosidades en lesiones digitales. Índices nutricionales de malnutrición grave. Estadío Tanner 2.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, estudio infeccioso, inmunológico; pruebas de imagen e histología. Resultados: ferritina: 166 ng/mL, VSG: 57 mm, ANAs+ (1/160). Capilaroscopia: Raynaud 2°. Radiografía: lesiones digitales lítico-esclerosas destructivas con reacción de células gigantes en biopsia.

**Conclusiones:** Los signos y síntomas asociados a TCA pueden ser diversos y confusos. En este caso fue discutida la interpretación de las lesiones digitales óseas, que en cualquier caso requirieron diagnóstico diferencial con procesos histológicos malignos.

#### O-051

### ESTUDIO DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Sánchez González, C.; Cardeno Morales, A.; Salazar Quero,  
J.C.; Martínez Andaluz, C.; Bruna Cerezo, A.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** Helicobacter pylori (HP) es una causa frecuente de infección bacteriana crónica.

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes entre 2-16 años con infección por HP entre el 2006-2013.

**Resultados:** Incluyó 70 pacientes. Edad media diagnóstico 8,3 años. 30%varones,70%mulheres. Edad media inicio síntomas 7,7 +/-3,8 años. Síntomas: dolor abdominal (76%), halitosis (23%), vómitos (20%) y dispepsia (17%). 26% ferropenia. Test aliento con ureasa 62% (positivo 86%), antígeno heces 4%, serología 4%, endoscopia 58% (ureasa 35% (positivo 59%), cultivo 18% (positivo 38%). Presentaron 2,2% ulcus gástrico, 4,4% ulcus duodenal, 18% esofagitis. Anatomopatológicamente gastritis aguda (2%), crónica superficial (35%), folicular (40%), atrófica (23%). 72,8% realizó tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina (OCA), persistiendo un 36%; un 21,4% con omeprazol, metronidazol y amoxicilina (posteriormente positivo 46,4%) y omeprazol, metronidazol, amoxicilina y subcitratato de bismuto 1,5%. 44% presentó mejoría clínica, persistiendo HP 21,2%. Segunda línea tratamiento se realizó con OCA

(65,3%), persistiendo 14,2%. Media de ciclos de tratamiento 1,5 +/- 0,84.

**Conclusiones:**

- Es necesario conocer prevalencia de colonizados, así como tasa de resistencia a claritromicina para optimizar tratamiento.
- Sería necesario mejorar rendimiento del cultivo y antibiograma.
- La persistencia de la infección en pacientes con mejoría clínica muestra la dificultad para relacionar la clínica con la infección.

**O-052**

**PROLAPSO RECTAL EN NIÑOS. EXPERIENCIA EN CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA**

Donado Palencia, P.; Sánchez Miranda, P.; Galiano, E.;  
García Cabezas, M.A.  
Hospital General, Ciudad Real, Servicios Sanitarios y  
Asistenciales de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo:** Descripción de las características clínicas de los pacientes que presentan prolapso rectal en la consulta de Gastroenterología Pediátrica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de prolapso rectal en el periodo entre el 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2014.

**Resultados:** Fueron remitidos 10 pacientes: 4 niños y 6 niñas. La media de edad era de 1.7 años. El 90% no tenían antecedentes de interés, salvo un niño con alergia alimentaria. El 60% mostraban normopeso según el índice nutricional de Waterlow. El 60% presentaban estreñimiento, un 20% diarrea y el resto asintomáticos. En todos se realizaron pruebas complementarias que incluyeron test del sudor, hemograma, bioquímica con celiacía y parásitos, con resultados normales. Se pautó tratamiento laxante en la primera consulta en el 100%. Con respecto a recidivas, un 20% no las presentan, un 60% en los primeros 6 meses y un 20% continúan después del año. El 50% fueron derivados a cirugía donde realizan seguimiento sin haber precisado tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** El prolapso rectal es infrecuente en nuestro medio, presentándose en pacientes más pequeños en relación sobre todo a estreñimiento. La recidiva es frecuente, pero con evolución favorable en el seguimiento.

**O-053**

**PAPEL DE LA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN EL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. NUESTRA EXPERIENCIA**

Donado Palencia, P.; Sánchez Miranda, P.; González Mateos, J.A.; González, A.; Sánchez, P.; García Cabezas, M.A.  
Hospital General, Ciudad Real

**Objetivo:** Descripción del estudio de infección por Helicobacter Pylori (HP), en los pacientes remitidos desde atención primaria a consulta de Gastroenterología Pediátrica por dolor abdominal crónico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, en el periodo entre 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

**Resultados:** Se enviaron 85 pacientes. Un 55% mujeres. El 54% presentaban dolor periumbilical y un 39% epigástrico. Se realizó estudio no invasivo de infección por HP en el 60%. En un 44% fue solicitado desde atención primaria. El 75%

se pidió por antígeno en heces, el 15% por test de aliento y en un 10% por heces y aliento. El resultado fue positivo en el 38%, recibiendo tratamiento el 80% de ellos. Se consigue erradicación en el 62%, con mejoría sintomática en el 80% de los erradicados. Se han realizado 5 endoscopias para orientación diagnóstico-terapéutica.

**Conclusiones:** El estudio de HP es frecuente en los niños con dolor abdominal, tanto en primaria como en consulta especializada. Generalmente se realiza antígeno en heces. A pesar de mejoría sintomática en un alto porcentaje de los erradicados, la petición y tratamiento de infección debería realizarse en casos seleccionados.

**O-054**

**PACIENTES CELIACOS: SITUACIÓN ACTUAL TRAS SU PASO A LA EDAD ADULTA**

López Campos, M.; Ros Arnal, I.; Rodríguez Martínez, G.;  
García Romero, R.; Oliván Ojal, M.P.; Zarazaga Germes, G.;  
Mendiara Cañardo, E.; Ros Mar, L.  
CS Arrabal, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Hospital  
Universitario Miguel Servet, Zaragoza, CS Canal Imperial,  
CS Torrero-La Paz, Instituto Estadística, Consulta Privada

**Objetivos:** Conocer la evolución en pacientes afectos de enfermedad celiaca (E.C) tras la transición a adultos.

**Material y métodos:** Se incluyen 54 pacientes adultos diagnosticados en la infancia, entre 1979 y 1990, siguiendo las pautas de la ESGPHAN vigentes.

**Resultados:** El 59,3% no siguen ningún control médico, de los que siguen controles un 77,8% lo hacen en su médico de atención primaria (AP) y un 22,2% (12 pacientes de 54) en un especialista de digestivo. Tras una entrevista clínica sólo el 31,5% realiza dieta exenta en gluten y un 44,4% una dieta restrictiva. La mayoría de los pacientes reconoce haber dejado total o parcialmente su dieta durante la adolescencia.

El 85,2% presentan alguna enfermedad relacionada con la E.C. El 44,4% ha padecido anemia en su edad adulta, el 18,5% osteopenia u osteoporosis, el 3,7% diabetes, el 13% hipotiroidismo, el 35,2% ha padecido dermatitis y el 42,6% alergias.

**Conclusiones:** Debemos reforzar la importancia de la dieta especialmente durante la adolescencia ya que hay alto porcentaje de abandono. Los pacientes tienen un bajo seguimiento posterior pero un alto porcentaje de enfermedades relacionadas con su E.C, debemos garantizar un seguimiento eficaz de estos pacientes antes de ser dados de alta por su pediatra.

**GRUPO 7**

**O-055**

**DOLOR SÚBITO CERVICAL EN ADOLESCENTE DE 13 AÑOS**

Campanario León, A.; Georges, M.R.; Arcas Juan, P.;  
Uberhuaga Candia, M.I.; Reques Cosme, R.  
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial

Niño de 13 años que acude a urgencias por cuadro de dolor cervical izquierdo brusco, acompañado de dolor torácico ipsilateral, que aparece tras haber estado jugando al fútbol. No disnea. No náuseas ni vómitos. No dolor abdominal. En el momento actual en tratamiento con Terbutalina y Desloratadina por rinoconjuntivitis y tos. Como antecedentes



personales presenta asma por neumoalérgenos y ejercicio.

A la exploración física se palpa tumoración cervical y supraclavicular bilateral, blanda, dolorosa, con crepitación. Se ausculta disminución del murmullo vesicular en campos superiores. Resto de exploración sin interés. Se realiza radiografía tórax en la que se visualiza enfisema subcutáneo. En la analítica destacan 15400 leucocitos, resto de hemograma, coagulación y bioquímica normal. Se administra Oxígeno al 100% y se traslada en UVI móvil a hospital de referencia. Su evolución es favorable y es dado de alta a las 48 horas con radiografía de tórax normal.

El enfisema subcutáneo es extremadamente raro en niños. La causa más frecuente son las exacerbaciones del asma seguidas de las infecciones respiratorias. Generalmente, ocurre como una enfermedad benigna. En la mayoría de los casos, no requiere ningún tratamiento específico, aunque las enfermedades que causan la enfermedad deben ser tratadas adecuadamente.

#### O-056

### DIFICULTAD RESPIRATORIA RECURRENTE DE INICIO SÚBITO, ¿QUÉ DIAGNÓSTICOS DEBEMOS PLANTEARNOS?

Maroto Ruiz, M.J.; Vivar Del Hoyo, P.; Gourdet, M.E.; Sánchez Ruiz, P.; Arias Sánchez, M.I.; Anaya Barea, F.M.; García Cabezas, M.Á.  
Hospital General, Ciudad Real

**Caso clínico:** Se presenta caso de dificultad respiratoria recurrente de inicio súbito, en el que deberemos plantearnos un correcto diagnóstico diferencial con el asma y otros trastornos.

Niña de 12 años con varios episodios de dificultad respiratoria súbita, estridor inspiratorio y angustia. Nunca cianosis ni desaturación. Intercrisis asintomática. Preciso un ingreso en UCIP por refractariedad a múltiples tratamientos (broncodilatadores, adrenalina y corticoides), cediendo finalmente con ansiolíticos.

Estudio Neumología: espirometría basal con broncodilatación, pruebas cutáneas, hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas y panel a neumoalérgenos negativo. Radiografía de tórax y estudio cardiológico sin hallazgos. Valoración otorrinolaringológica: espacio retrocricóideo con leve edema. Valoración por Digestivo descarta RGE.

Durante el estudio se trata con corticoides y broncodilatadores inhalados, sin mejoría, presentando cuatro crisis. Ante sospecha de “disfunción de cuerdas vocales” (DCV), se realiza fibrolaringoscopia directa durante episodio agudo, confirmándose. Se inicia terapia conductual por Psiquiatría Infanto-Juvenil con notable disminución de las crisis, continuando seguimiento por Logofoniatría.

**Discusión:** La DCV es un trastorno infradiagnosticado, precisando conocer su forma de presentación súbita y transitoria, para poder sospecharla. La confirmación diagnóstica se obtiene con la visión laringoscópica de la aducción inspiratoria de las cuerdas vocales. Dada la asociación entre asma y DCV, valorar ambas posibilidades diagnósticas y saber diferenciarlas.

#### O-057

### TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN CON ESFUERZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO (AIE)

Maroto Ruiz, M.J.; Sánchez Ruiz, P.; Gourdet, M.E.; Fresneda Machado, C.; Perales Gil, M.J.; Saucedo García, E.; García Cabezas, M.Á.; Anaya Barea, F.M.  
Hospital General, Ciudad Real

**Objetivo:** Determinar las características de un grupo de pacientes con prueba de broncoprovocación para el diagnóstico de AIE.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes seguidos en consulta de Neumología con prueba de ejercicio positiva entre enero 2012 y mayo 2015. Se estudiaron: edad, indicación de la prueba, parámetros espirométricos, patologías asociadas, síntomas y tratamiento previo.

**Resultados:** 25 pacientes (19,5%) con test positivos de una muestra de 128. La media de edad fue de 9,32 años. Siete de los pacientes (28%) fueron menores de 8 años. En todos los casos, la prueba se realizó para el diagnóstico de AIE. Los síntomas con el ejercicio referidos más frecuentes fueron disnea (24%) y tos (20%). En el 78% se evidenció descenso máximo del FEV1 en los primeros 10 minutos. Asociado al descenso de FEV1, se alteró FEF 25-75% en 37,4%. Diagnóstico previo de asma (78%), rinoconjuntivitis (48%) y ninguno (24%). Obesidad (12%).

**Conclusiones:** El porcentaje de test positivos de la serie es alto comparando con otras publicaciones. La broncoconstricción se produjo precozmente, en probable relación con la edad media de nuestros pacientes (casi un tercio fueron menores de 8 años). El AIE puede aparecer en pacientes sin patología respiratoria previa.

#### O-058

### ¿CONVULSIÓN FEBRIL O ALGO MÁS?

Sivó Díaz, N.; Benavent Casanova, O.; Villar, C.  
Hospital Clínico Universitario, Valencia

**Anamnesis:** Lactante de 3 meses que acude a Urgencias por movimientos tónico-clónicos de miembros superiores, hipertonia generalizada, desviación de la mirada y desconexión del medio que cede espontáneamente.

**Exploración:** Buen aspecto general. Temperatura 38°C. Exploración neurológica normal salvo disminución de movilidad de brazo derecho. Faringe hiperémica.

**Diagnóstico:** Sin antecedentes que nos hagan sospechar de lesión a nivel del SNC nos interesa descartar, dada la necesidad de tratamiento precoz, la existencia de una infección del SNC o alteraciones hidroelectrolíticas, debiendo ser considerada la punción lumbar según la edad del niño.

Una vez descartadas llegamos al diagnóstico de crisis febril atípica, dada la edad y la paresia post-ictal. Esto supone la necesidad de seguimiento por la posibilidad de estar ante un síndrome epiléptico que en nuestra niña se confirmó tras diagnóstico genético y dada la evolución como síndrome de Dravet, una encefalopatía epiléptica de inicio en el primer año en niños con un desarrollo psicomotor previo normal, refractaria a tratamiento.

**Conclusiones:** Existe un Score Clínico que te permite identificar una epilepsia dentro del espectro del Dravet de forma precoz.

El hallazgo de una genética claramente implicada en la patogénesis supone una puerta abierta de cara al tratamiento

y control del S.Dravec.

### O-059

#### ¿ES SUFICIENTE NUESTRA FORMACIÓN EN NEUROPEDIATRÍA?: ESTUDIO PILOTO DE NEUROFOBIA ENTRE PEDIATRAS

García Ron, G.; Illán Ramos, M.; García Ron, A.  
La Rivota, Hospital Clínico

**Objetivo:** Analizar el conocimiento neuropediátrico y la “neurofobia” en diversos grupos médicos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de conocimientos neuropediátricos en la práctica clínica. Incluimos aleatoriamente sujetos de cinco grupos: estudiantes de último año, MIR pediatría, MIR familia, Pediatras de atención especializada y primaria. Utilizamos un cuestionario de 11 preguntas sobre 4 casos clínicos (crisis febriles, cefalea, vértigo y trastornos paroxísticos). Analizamos porcentaje de aciertos y demanda de asistencia neuropediátrica urgente. Comparamos medias entre los grupos y dentro de las subespecialidades pediátricas y relacionamos con los años de experiencia.

**Resultados:** Sólo el 24% alcanza la mitad de aciertos. A menor conocimiento mayor demanda del Neuropediatra. Globalmente los MIR de pediatría realizaron menos interconsultas que los Pediatras de especializada (29,5% frente a 39,6%). Según test de ANOVA, existieron diferencias significativas entre las tres categorías de edad estudiadas y las veces que se solicita valoración por el Neuropediatra.

**Conclusiones:** La formación es insuficiente y la demanda de asistencia neuropediátrica desproporcionada. A mayor experiencia menor conocimiento ajeno a la subespecialidad. Es imprescindible una mayor formación en neurociencias y la existencia de al menos un Neuropediatra consultor en cada centro.

### O-060

#### SUGESTIÓN COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LAS PSEUDOCRISIS

González Carracedo, M.J.; Real Terrón, R.; Pérez Vera, M.; Vaquerizo Vaquerizo, V.; Álvarez Lobato, J.M.; Fernández Gómez, A.; García, J.; Plácido, R.  
Hospital de Mérida, Mérida

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son hasta diez veces más frecuentes que la epilepsia en la infancia. Uno de los más frecuentes son las pseudocrisis o crisis psicógenas, que se clasifican como trastornos conversivos y en ocasiones plantea difícil diagnóstico diferencial con la epilepsia verdadera.

La pseudocrisis cursa con paroxismos bruscos de movimientos rítmicos asíncronos que simulan una crisis epiléptica. Ocurre generalmente en niñas preadolescentes o adolescentes que imitan crisis epilépticas vividas en algún familiar o conocido. Es común la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o epilepsia verdadera. El video-EEG es la prueba diagnóstica de elección y la psicoterapia el tratamiento más efectivo.

Presentamos el caso de dos niñas con diagnóstico definitivo de crisis psicógena. Ambas presentaron episodios reiterados de movimientos tónico-clónicos con área de afectación y duración variables, sin pérdida de conciencia, postcrisis ni

respuesta a fármacos antiepilépticos. Aunque el electroencefalograma (EEG) inicial fue normal, las dos niñas presentaron episodios de pseudocrisis con la sugestión, técnica útil para confirmar dicho trastorno, sin apreciar cambios en monitorización EEG. Ambos episodios fueron grabados en video simultáneo a EEG.

La sospecha diagnóstica de los TPNE es fundamental para evitar estudios complementarios y tratamientos innecesarios.

### O-061

#### HIPERAMONIEA PRIMARIA: ¿CUANDO SOSPECHARLA?

Teixidó Medina, A.; Knörr, A.; Martí, I.; Casademont, R.; Pérez, J.; Portella, A.  
CAPVallcarca

**Introducción:** El déficit de ornitina transcarbamilasa (OTC) es el trastorno del ciclo de la urea más frecuente. Su pronóstico depende del grado de deficiencia enzimática, la precocidad del diagnóstico y del tratamiento.

**Caso clínico:** Niña de 18 meses que acude por episodio de alteración de conciencia aguda. Refieren irritabilidad y ataxia junto con vómitos y anorexia intermitente de un mes de evolución. En la analítica inicial destaca transaminitis y coagulopatía. Se realiza TAC cerebral, despistaje toxicológico e infeccioso que resultan normales. Presenta recuperación completa a las 24 horas. Se da de alta con orientación diagnóstica de migraña infantil. A las 72 horas reinicia vómitos con letargia. Se realiza electroencefalograma que muestra signos de afectación encefálica reactiva compatible con metabulopatía. Presenta amonio en sangre elevado y alteración metabólica compatible con OTC. Inicialmente precisa quelantes de amonio para normalizar niveles tras lo cual inicia dieta hipoproteica. Al año de seguimiento está asintomática con desarrollo psicomotor normal, niveles de amonio y aminoácidos correctos con una dieta proteica restrictiva (0,9g/kg/día) y suplemento de citrulina.

**Conclusión:** Es importante que el pediatra realice diagnóstico diferencial con una hiperamoniemia primaria ante la presencia de síntomas recurrentes y larvados digestivos, neurológicos o psiquiátricos.

### O-062

#### SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS TUBEROSA POR EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Comino Vázquez, P.; Serrano Moyano, B.; García García, L.; Ley Martos, M.; García, V.; Salado Reyes, M.J.; Palma Zambrana, E.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Objetivos:** Facilitar el diagnóstico precoz de pacientes con Esclerosis Tuberosa.

Proporcionar unas pautas de seguimiento en pacientes pediátricos con Esclerosis Tuberosa (ET) desde Atención Primaria (AP).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico al alta de ET.

**Resultados:** Se incluyen 13 casos de pacientes con ET, 7 de los cuales varones y 6 mujeres.

Edad mediana: 11 años.

Edad mediana al diagnóstico: 2 años.

El diagnóstico de sospecha fue iniciado por el pediatra de AP en 3 de ellos, por máculas hipomelanóticas.



Presentaban epilepsia 9 pacientes.

3 de ellos presentaban rabdomiomas cardiacos, 5 afectación renal, 1 afectación ocular, 1 afectación dentaria.

El estudio genético fue positivo para el gen TSC2 en dos pacientes.

La mayoría de los pacientes no realizaban todos los controles recomendados según los consensos internacionales.

**Conclusiones:** La sospecha de ET desde AP es fundamental para un diagnóstico precoz.

La afectación multiorgánica de estos pacientes requiere un seguimiento por distintos especialistas, estando el Pediatra de AP en una posición privilegiada para obtener una visión global de los mismos.

Estos pacientes deben tener, anualmente, medición de la TA, RMN craneal, evaluación de la función renal, examen dermatológico, dental, cardiaco y ocular.

## GRUPO 8

### O-063

#### ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO III: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

De La Torre Sánchez, P.; Laalej Bernal, L.; Agamez Luengas, S.; Madruga Garrido, M.; Pérez De Soto, I.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Descripción del caso:** Varón de 9 años sin antecedentes de interés, en estudio desde los 10 meses por cuadros febriles y esplenomegalia, sin otra sintomatología.

Se detecta pancitopenia, hipotrigliceridemia y alargamiento de tiempos de coagulación. Se realiza aspirado de médula ósea, compatible con enfermedad de Gaucher (EG): mutación del gen GBA L444P/L444P, con una actividad de glucocerebrosidasa del 11.37%. Quitotriosidasa 9142 nmol/mL/hora.

En RMN, infiltración medular difusa con afectación de esqueleto axial. En ecografía abdominal, esplenomegalia.

Ante la confirmación de la enfermedad se inicia tratamiento enzimático sustitutivo (ERT) a los 15 meses.

En el seguimiento clínico destaca retraso del desarrollo psicomotor y deterioro neurológico progresivo con dificultades motoras sugerentes de afectación cerebelosa, lenguaje disártrico, limitaciones en comprensión y trastornos conductuales. Apraxia oculomotora progresiva.

Mejoría clínica y radiológica de afectación sistémica.

Actualmente en seguimiento multidisciplinar con controles analíticos, monitorización de niveles de quitotriosidasa y en tratamiento sustitutivo enzimático.

#### Conclusiones:

- La asociación de síntomas sistémicos (esplenomegalia) y síntomas neurológicos (apraxia oculomotora) deben orientar a la posibilidad de EG tipo 3.
- La ERT mejora la sintomatología sistémica pero no la neurológica, por lo que el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas que atraviesen BHE sigue siendo un reto para la comunidad científica.

### O-064

#### TERAPIA GÉNICA EN LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Sánchez Ruiz, P.; Maroto, M.J.; Gourdet, M.E.; Márquez De La Plata, M.Á.; García, M.Á.  
Hospital General, Ciudad Real

**Introducción:** Algunas enfermedades neuromusculares presentan pronóstico infausto. Las terapias génicas pueden ofrecer una oportunidad. Presentamos tres casos.

**Casos clínicos:** Varón (2 años) con caídas frecuentes. Niño (5 años) con problemas para correr y subir escaleras. Antecedentes sin interés. Ambos: pseudohipertrofia gemelar, Gowers positivo, reflejos osteotendinosos (ROT) hipoactivos. Analítica: elevación CPK. Remitidos a Neuropediatría: EMG (patrón miopático), biopsia muscular (ausencia de distrofina), genética (mutaciones puntuales de novo en exón 12 y 19 del gen de la distrofina con codón de paro, generando proteína truncada). Tratamiento: péptido PCT124, que restaura la expresión proteica. Actualmente, 10 y 15 años, ambos conservan bipedestación.

Lactante (40 días) hipotónico, movimientos espontáneos escasos, succión y llanto débil. Antecedentes sin interés. Exploración: tórax campaniforme, hipotonía axial, ROT abolidos, fasciculaciones linguales. Derivación a Neuropediatría: estudio normal, salvo EMG con patrón neuropático (afectación segunda motoneurona). Sospecha: enfermedad de Werdnig-Hoffmann. Genética: delección SMN1, dos copias SMN2 en homocigosis. Evolución: rechazado en ensayo clínico para terapia génica, 6 meses de vida, precisa CPAP domiciliar y alimentación por sonda.

**Comentarios:** El futuro de las terapias génicas es desconocido. En tanto, las medidas de soporte son necesarias. La sospecha precoz desde Atención Primaria permitirá iniciar tratamiento antes de la progresión de la enfermedad.

### O-065

#### SÍNDROME DE X FRÁGIL. REVISIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS Y CONSIDERACIONES GENÉTICAS CON REPERCUSIÓN CLÍNICA: PREMUTACIÓN Y SESGO

García Carrasco, A.M.; Ramos Sánchez, I.; Roda Canosa, T.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

El síndrome de X frágil es la causa más frecuente retraso mental de origen genético. Presenta una incidencia de 1/2500 varones y 1/4000 mujeres. Su herencia es ligada al cromosoma X, pudiéndose producir en el sexo femenino una inactivación del X sano expresándose el frágil, mecanismo denominado sesgo. Cabe destacar los subfenotipos asociados a la premutación: fallo ovárico precoz y síndrome de temblor ataxia ligado al X frágil, de aparición tardía. Presentamos 2 casos clínicos, hermanas de padres no consanguíneos. Antecedentes familiares por rama materna de retraso mental no filiado. Derivadas ambas por retraso psicomotor en todas las áreas del desarrollo. La mayor desarrolló fenotipo característico. En el estudio genético de los casos índice y familiar se detectó la mutación del gen FMR1 con expansión por rama materna, ambas hermanas presentan sesgo hacia el cromosoma X frágil. La hermana menor además presenta mosaico con alelos premutados. El síndrome de X frágil debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de retraso psicomotor y autismo, no estando las niñas exentas de padecerlo, si bien el fenotipo puede ser menos evidente. Es importante un

diagnóstico precoz e intervención temprana. Lo relevante en los casos presentados es la presencia de sesgo que en ambos es hacia el X afecto de forma que ambas pacientes se ven afectas por la enfermedad.

**O-066**

**NUESTRA EXPERIENCIA CON LIS-DEXANFETAMINA EN EL SUR DE ESPAÑA**

Fernández Fernández, M.A.; Morillo Rojas, M.D.  
INANP

En abril de 2014 se comercializó en España lisdexanfetamina dimesilato como una nueva opción terapéutica para los pacientes con TDAH. Es un profármaco que se toma por vía oral. Desde el tracto gastrointestinal pasa directamente a la sangre y evita el metabolismo hepático. LDX a un aminoácido cuyo enlace es roto por hidrolasas de glóbulos rojos. Se libera continuamente y por lo tanto logra un efecto mantenido durante 13 horas con un perfil de seguridad favorable y eficaz. Presentamos una serie de 235 pacientes.

Tabla 1.

Motivo de inicio
-Tratamiento inicial: 45%
-Optimización de resultados: 15%
-Intolerancia previa: 32%
Tratamiento previo
-MTFLR:5,6%
-MTF30/70:17,5%
-MTF50/50:22,3%
-MTFOROS:48%
-ATX:6,5%
Dosis de inicio
-15mg: 35%
-30mg: 65%
Dosis de Mantenimiento
-15mg: 5%
-30mg: 35%
-50mg: 40%
-70mg: 8%
->70mg: 2%
Efectividad
-No respuesta 6.2%
-Remisión parcial: 35. %
-Remisión total: 37.9%
Efectos adversos
-Menor apetito: 23.7%
-Cefalea: 10.3%
-Insomnio: 22.4 %
-Efecto rebote: 3.2%
-Corta duración del efecto 5.3%

Hay una buena tolerancia de inicio para los pacientes recién diagnosticados.

Las tasas de remisión clínica son altas y el perfil de efectos secundarios y bien tolerado

**O-067**

**EXPERIENCIA EN COOPERACIÓN DE UN PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROGRAMA “UNDER FIVE”, LA ESTRATEGIA INTEGRAL MÁS EFICIENTE DE LA OMS Y UNICEF**

Casademont Pou, R.M.; Knörr, A.; Teixidor, A.; Martí, I.; Portella, A.; Pérez, J.  
Vallcarca-Sant Gervasi

**Introducción:** Las ganas de cooperar es un deseo compartido por muchos sanitarios. El choque de dos realidades tan distintas es tan traumático como enriquecedor. El Protocolo Integral a las Enfermedades de la Infancia (AIEPI), el llamado “Under five” es una herramienta imprescindible y muy adecuada al pediatra de Atención Primaria cooperante.

**Experiencia:** De un sueño tan deseado se despierta uno abruptamente al llegar a Etiopía cuando, en un abrir de ojos, se pasa a ser el único médico responsable del pediatri-ward del Hospital. Personal nuevo, barrera lingüística y cultural, patología en mayúsculas, muchas ganas de trabajar pero, ¿por dónde empezamos? Es evidente que no hay tiempo para ver a tantos niños (unos 90 ingresados y 40 ambulatorios). Gracias al programa AIEPI, siguiendo un algoritmo, sus “helpers” formados por la OMS consiguen resolver la mayoría de casos, remitiendo al pediatra sólo los más graves y bien historiadados.

**Discusión:** Cuando los extras diagnósticos son mínimos y la medicación y equipo escaso, los sanitarios tienen que confiar en los signos y síntomas para proceder con los recursos que se dispongan. El programa de la OMS y la UNICEF ha conseguido una atención de gran calidad al niño enfermo, centrándose en su bienestar integral.

**O-068**

**TUMORACIÓN CERVICAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA, DIAGNÓSTICOS FINALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

García García, A.; Martínez Planas, A.; Quintilla Martínez, J.M.; Noguera Julián, A.  
Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat

**Objetivo:** Conocer el diagnóstico final de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) a un centro terciario para estudio de tumoraciones cervicales.

**Material y métodos:** Estudio transversal observacional con recogida retrospectiva de datos de pacientes pediátricos (≤18 años) derivados desde AP para estudio de tumoración cervical a un centro terciario (Urgencias, Consultas Externas, Unidad de Cirugía Ambulatoria y Hospitalización) durante los años 2013 y 2014. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución de la tumoración, prescripción previa o no de antiinflamatorios y/o antibióticos, y diagnóstico final.

**Resultados:** Se recogieron 339 casos (291 en Urgencias; 45,5% mujeres, edad media 6,7 años). El tiempo de evolución medio fue de 78 días. Se acompañaban de fiebre/dolor en 36/59% y prescripción previa de antiinflamatorios/antibióticos en 36/31% de los casos.

La patología infecciosa fue la más prevalente (78,2%), destacando la adenitis bacteriana (n=53, 15,6%), la adenitis inflamatoria no filiada (n=40, 11,8%) y las parotiditis (n=64, 18,9%). Otros diagnósticos fueron: neoplasias benignas (n=22, 6,5%), malignas (n=11, 3,2%), patología malformativa (n=24, 7,1%) y traumática (n=5, 1,5%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, la mayoría de tumoraciones cervicales derivadas desde AP en la edad pediátrica corresponden a patología infecciosa, aunque el 3% de patología maligna no es despreciable.

#### O-069

### FENILCETONURIA POR DÉFICIT DE PTPS SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DE DESARROLLO PSICOMOTOR

Rivera Sánchez, N.; Moreno Salgado, J.L.; Peláez Cabrera, M.J.; Portero García, N.M.; Gallego Alcaide, M.J.; Bustamante Liñán, M.C.; Jiménez De Los Santos, C.  
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

**Objetivo:** Presentación de un caso de fenilcetonuria diagnosticado en el screening neonatal con mala evolución con dieta baja en este aminoácido y presentación de clínica neurológica.

**Métodos:** Presentación del caso clínico, su evolución y tratamientos requeridos. Importancia de la valoración neurológica realizada en atención primaria para su diagnóstico definitivo e instauración de tratamiento.

**Conclusiones:** La hiperfenilalaninemia se describe como niveles de fenilalanina superiores a 2,5 mg/dl secundarios a defectos en la hidroxilación de la misma mediante reacciones enzimáticas. Las deficiencias de BH4 son un grupo de fenilcetonurias que provocan defectos en la síntesis de neurotransmisores monoaminérgicos que se traducen en clínica neurológica tales como retraso mental, los movimientos y posturas distónicas, trastornos de control de temperatura, las crisis convulsivas, alteraciones de postura y tono, la hipersalivación y dificultades para deglutir. El inicio de los síntomas ocurre en los primeros meses de vida. La importancia de su diagnóstico radica en la buena evolución tras la instauración de tratamiento con desarrollo psicomotor normal según diversas series, la posibilidad de efectuar una dieta sin restricciones y la prevención de complicaciones relacionadas con el exceso de fenilalaninemia y el déficit de neurotransmisores.

#### O-070

### UTILIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO Y HÁBITOS DE SALUD EN NIÑOS DE ORIGEN CHINO

Ferro Galardi, L.; Díaz Rueda, L.; Blazquez Gamero, D.  
Doce Octubre

**Objetivos:** Conocer la utilización del sistema sanitario y los hábitos de salud en los niños chinos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo caso-control que incluyó a 76 niños chinos atendidos en urgencias del Hospital Doce de Octubre entre octubre 2012 y enero 2013. Para cada caso se seleccionó como control no chino el niño atendido inmediatamente después. La recogida de datos fue mediante un cuestionario cerrado en chino/castellano, incluyendo consentimiento informado.

**Resultados:** El 46,5% de los chinos acude a Urgencias como primera opción de asistencia médica y sólo un 14,1% a Atención Primaria, mientras que entre los controles estos porcentajes son respectivamente 12,3% y 63%. Un 67% de chinos no recibió nunca lactancia materna, frente al 33% de controles.

Los chinos tienen una percepción de mayor gravedad de la enfermedad y están menos de acuerdo con el enfoque

diagnóstico-terapéutico del médico. Un 86% de los chinos reconoce tener algún tipo de dificultad comunicativa, siendo la más importante el idioma, a pesar de lo cual el 58% no utiliza ningún método de traducción.

**Conclusiones:** Existen diferencias significativas en hábitos de salud y uso del sistema sanitario entre pacientes de origen chino y controles. El idioma es la principal dificultad de comunicación.

#### GRUPO 9

#### O-071

### HIGROMA QUÍSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Grujic, B.; Garofano Montero, S.; Flores González, J.C.; Remón García, C.; Calvo Morales, I.M.; Estalella Mendoza, A.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Anamnesis:** Paciente mujer de 7 meses que consulta en dos ocasiones, con diferencia de 10 días, por tumoración en zona lateral del cuello acompañada de irritabilidad y disminución de apetito. Afebril.

**Exploración:** Tumoración en zona lateral derecha del cuello no caliente, depresible, no delimitada, no adherida a planos profundos, no dolorosa. En segunda exploración destaca aumento importante de la tumoración.

**Pruebas complementarias:** Analítica normal. Ecografía: formación anecoica, bien delimitada, de 4,3x3cm con septos en su interior, dependiente de la vena yugular derecha - probable venoma. Segunda ecografía: masa compleja de 7,5x4,6x5,8cm con bordes bien definidos, predominantemente quística, loculada, con presencia de septos y contenido en su interior. RM con contraste: hallazgos compatibles con lesión congénita tipo higroma quístico o linfangioma, destacando que la masa desplaza y comprime laringe y el paquete vasculonervioso.

**Tratamiento:** Ante el compromiso de la vía aérea se procede urgentemente a punción, drenaje y esclerosis de las imágenes quísticas de la región cervical derecha, guiada por ecografía

**Conclusión:** Ante la presencia de un higroma quístico debemos vigilar el compromiso de la vía aérea, que marcará la emergencia del caso. Las posibles complicaciones de los higromas no tratados suelen ser obstrucción de la vía aérea, hemorragia e infección.

#### O-072

### HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO COMO CAUSA DE TALLA BAJA

Grujic, B.; Roldan Cano, V.; Calvo Morales, I.M.; Ruiz Ocaña, P.; Lechuga Sancho, A.M.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Anamnesis:** Mujer de 6 años de edad con talla baja e hiperparatiroidismo. Antecedentes: fruto de segunda gestación que cursa con polihidramnios. Nace a las 28 SG por Cesárea e ingresa durante 69 días en neonatología. Fue dada de alta con diagnóstico principal de sepsis tardía. A los 2 años de vida diagnosticada de nefrocalcinosis.

**Exploración:** Talla baja armónica: 107,1cm (p 0,71;-2,45DE).

**Pruebas complementarias:** Hemograma, bioquímica general normal. Estudio de primer nivel de talla baja nor-

mal. Perfil paratiroideo y metabolismo óseo: ver tabla. Edad ósea de 3,5 años. Orina: poliuria (9ml/kg/h), aclaramiento de creatinina: 109ml/min/1,73m<sup>2</sup> e hipercalcemia: 2.1mg/kg/día. Ecografía renal: nefrocalcinosis sin nefrolitiasis. Mapa óseo: calcificaciones groseras en ambos riñones. Ecografía y gammagrafía de paratiroides: normal. Densitometría: normal.

**TRATAMIENTO:** Hidroclorotiazida y amilorida con los que presenta mejoría de la calciuria, pero aumenta hormona paratiroidea.

**Conclusión:** Sospechamos que la causa de la nefrocalcinosis y el hiperparatiroidismo secundario en esta paciente es la hipercalcemia. Aunque en el momento actual conserva la función glomerular es muy importante disminuir la hipercalcemia para prevenir progresión de nefrocalcinosis y desarrollo de insuficiencia renal crónica con complicaciones.

	PTH (pg/ml)	25-OHD (ng/ml)	Ca (mg/dl)	Fosforo (mg/dl)	Diuresis (ml/kg/h)	Calciuria (mg/kg/día)
mayo-14	52	26,5	10,6	5,4	9	21
mayo-15	119	9,2	10,7	4,1	5	6

O-073

**NO PUEDO JUGAR CON AGUA: ACROQUERATODERMIA SIRÍNGEA ACUAGÉNICA**

Peralta Rufas, E.M.; Romeo Lázaro, E.; Vera Sáez - Benito, M.C.; Cenarro Guerrero, T.; García Vera, C.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza,  
Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández

**Anamnesis y exploración:** Paciente de 5 años, con antecedentes de cataratas congénitas, lipoma mediastínico y talla baja familiar, que consulta por lesiones blanquecino-translúcidas en palmas de manos, con aspecto arrugado y macerado de la piel, que duran escasos minutos y desaparecen espontáneamente; y que le han aparecido en varias ocasiones tras contacto breve con agua.

**Evolución:** Se realiza el diagnóstico de acroqueratodermia siríngea acuagénica, iniciándose tratamiento con sales de cloruro de aluminio; esta entidad presenta la clínica típica relatada por nuestra paciente y suele darse en mujeres jóvenes tendiendo a la resolución espontánea.

**Comentarios:** Se trata de un trastorno benigno pero incómodo para el paciente que lo sufre, fácil de diagnosticar y con opciones terapéuticas limitadas. Se ha descrito asimismo en pacientes con fibrosis quística, o que toman inhibidores de la COX-2 o AAS; y el diagnóstico de confirmación se realiza mediante biopsia cutánea.

Los productos a base de cloruro de aluminio son la opción terapéutica más utilizada, con resultados variables y no siempre satisfactorios, y se ha descrito algún caso asociado a hiperhidrosis palmar que respondió satisfactoriamente a la inyección de toxina botulínica.

Debemos conocer esta entidad porque probablemente se trate de un trastorno infradiagnosticado en la actualidad.

O-074

**ESTUDIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL COMARCAL**

Reques Cosme, R.; Dotel Pérez, F.M.  
Hospital Escorial

**Objetivos:** Valorar la calidad de la atención percibida por parte del acompañante del paciente después de una visita concreta

Identificar factores que puedan influir en la satisfacción del acompañante.

Establecer puntos de mejora según los resultados.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, mediante encuesta de único canal (telefónica) realizada en Hospital El Escorial, entre las 24-72 horas tras acudir a urgencias. Se diseñó un cuestionario de 2 preguntas para el índice NPS (índice de satisfacción) y un campo de observación abierto, el boca-boca (índice de recomendación) con una escala de valoración de 0-10, con el compromiso del pediatra de contactar con el paciente (tutor en este caso) si la puntuación es 4 o menor.

**Resultados:** Se realizaron 1126 llamadas con un 4% de rechazo a la contestación. El índice satisfacción recibida fue de 63.18 (NPS) y de recomendación (o Boca-Boca) de 37.47. Los comentarios negativos fueron 118 y favorables 203.

**Conclusión:** La atención de los pacientes pediátricos ofrece aspectos óptimos con una satisfacción evidente. Se demostró por medio del índice NPS que los resultados pueden calificarse de excelencia. Aún así, se establecieron recomendaciones para su incremento.

O-075

**USO DE PROCALCITONINA EN URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL, CÓMO MEJORAR Y OPTIMIZAR SU USO**

Verástegui Martínez, C.; De Dios, B.; Murillo, L.; Laliena, S.; Sancho, M.L.; Campos, C.; Sagarra, D.; Gómez, V.; E., E.; Pérez, R.; Miguel, G.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La Procalcitonina se utiliza cada vez más para descartar infecciones potencialmente graves.

**Objetivos:** Valorar su relación con otros parámetros analíticos, clínicos, diagnósticos finales y si nos condiciona el ingreso. Buscar como optimizar su uso.

**Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo-analítico prospectivo de todos los pacientes, entre 28 días y 15 años de edad, a los que se determinó Procalcitonina en urgencias de nuestro hospital, entre Marzo y Septiembre de 2013.

**Resultados:** 261 pacientes: Edad media 27.12 meses, temperatura máxima media 39.0°, tiempo de evolución medio 34.1 horas.

Entre los pacientes con PCT≥0.5, los diagnósticos finales más frecuentes fueron: 32.1% fiebre sin foco, 18.5% ITU, 12.3% gastroenteritis, 11.1% neumonía. De los pacientes con PCT<0.5 ingresó el 41%, y con PCT≥0.5 el 64%.

Observamos asociación lineal positiva débil entre niveles de PCT y PCR, temperatura máxima y número de leucocitos.

En 174 casos la determinación de PCT estaba indicado por protocolo. Analizando esto, el RR de encontrar PCT≥0.5ng/ml en el primer caso es de 1.88(1.18-3.01) y en el segundo 0.79(0.07-0.91).

**Conclusiones:**

- Encontramos fuerte relación entre positividad de PCT y



prescripción de antibioterapia.

- PCT $\geq$ 2ng/mL implica alta probabilidad de ingreso.
- Nuestros resultados apoyan que limitar a indicación por protocolo la extracción de PCT es efectivo.

#### O-076

### DEBUT DIABÉTICO, ¿CÓMO LO ESTAMOS DIAGNOSTICANDO?

Laliena Aznar, S.; Corella Aznar, E.; Laliena Aznar, L.; Verastegui Martínez, C.; Villamañán Montero, A.; Sancho Rodríguez, M.L.; Ferrer Lozano, M.; Lou Francés, G.M.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza,  
Hospital de Barbastro, Barbastro

**Objeto del trabajo:** Analizar las características de los debut de diabetes mellitus 1 (DM1), los síntomas más frecuentes y la incidencia de cetoacidosis. Sensibilizar acerca de la importancia de realizar un diagnóstico precoz, evitando la aparición de complicaciones graves.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 65 pacientes con debut DM1 en un hospital de tercer nivel desde enero 2012 hasta enero 2015.

**Resultados:** La edad media al diagnóstico fue 8'8 años (10 meses-15 años), 55'4% mujeres. El 47'7% de los pacientes diagnosticados en su centro de salud (CS), tiempo medio de evolución clínica de 27 días. Los síntomas más frecuentes: poliuria (93'8%) y polifagia (95'3%), apareciendo pérdida ponderal en menor medida. Glucemia media al debut fue 434 mg/dl, HbA1c: 6,65 $\pm$ 5,22mg/dL, presentando cetoacidosis el 45% (14% leves, 11% moderadas y 20% graves). Antecedentes DM1 en el 16,7%. Época del año con más diagnósticos: Invierno (34,6%).

**Conclusiones:** La DM1 constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia.

La mitad de los casos fueron diagnosticados en Atención Primaria. Todavía es muy alta la incidencia de cetoacidosis al diagnóstico por lo que consideramos necesarias campañas de sensibilización y formación para realizar un diagnóstico precoz.

#### O-077

### QUEIROARTROPATÍA EN ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y BUEN CONTROL METABÓLICO

González León, I.M.; Román Fernández, A.; Romero Pérez, M.D.M.; Bermúdez De La Vega, J.A.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Introducción:** La queiroartropatía consiste en la limitación de la extensión de una o más articulaciones de los dedos de la mano, fundamentalmente la interfalángica-distal del 5º dedo. Se asocia al pobre control glucémico mantenido y larga evolución de la diabetes. Es muy infrecuente en edad pediátrica.

**Caso clínico:** Adolescente mujer de 14 años con Diabetes Mellitus tipo 1, de 4 años de evolución, que presenta deformación progresiva del 5º dedo de ambas manos desde hace 8 meses.

Excelente control glucémico, e implantación de bomba de insulina por realizar deporte de competición.

Antecedentes familiares: padre y hermano con artrogriposis distal.

Exploración: "Signo del predicador": incurvación indolora en varo de interfalángica-distal y flexo de interfalángica-

proximal de 5º dedo de ambas manos. Resto de articulaciones sin hallazgos.

Tratamiento: ejercicios domiciliarios y ortesis nocturna.

**Comentarios:** Las manifestaciones reumáticas en manos diabéticas se asocian con la duración de la enfermedad, el pobre control metabólico y la presencia de complicaciones microvasculares.

En nuestro caso, el excelente control glucémico no justificaría esta manifestación, por lo que deben existir otros factores implicados en la patogenia aún desconocidos.

Estas deformidades afectan las actividades de la vida diaria, siendo fundamental su identificación temprana para evitar la progresión.

#### O-078

### ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL RIÑÓN Y DEL TRACTO URINARIO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (CAUSA). REVISIÓN JUNIO 2010- MAYO 2015

Abad Moreno, N.; Sánchez-Villares Lorenzo, C.; Roncero Toscano, M. .L.; Castro Corral, L.; Álvarez Álvarez, N.; Fernández Luis, S.; Criado Muriel, C.  
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de las malformaciones congénitas del riñón y tracto urinario, identificar las entidades más frecuentes, seguimiento y evolución de estos niños.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluye los pacientes ingresados en la maternidad del CAUSA desde el 1 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2015. Población adscrita: 9489 niños. Variables analizadas: sexo, hallazgo ecográfico, patologías asociadas, pruebas complementarias y evolución.

**Resultados:** Se detectaron 132 pacientes, el 70.4% niños y el 29.6% niñas. La patología más frecuente fue la hidronefrosis en 106 pacientes (80.3%), seguido de la agenesia renal (8.3%), anomalías de la migración (4.5%) y de formación del parénquima renal (4.5%) y duplicación del sistema renal (3%). Ocho pacientes (6%) asociaban otra patología. La ecografía postnatal fue patológica en el 80%. En 1 de los 15 pacientes (11.4%) en los que se realizó cistouretrografía miccional seriada (CUMS) se objetivó reflujo vesicoureteral y 15 de los 31 pacientes (23.5%) mostraron patrón obstructivo en el renograma diurético MAG3

**Conclusiones:** La prevalencia fue del 1.4%.La patología más frecuente fue la hidronefrosis y dentro de ésta, 47% se localiza en el lado izquierdo. La malformación no se confirmó en 25 pacientes (20%) y se normalizó en 40 (37.3%).

#### O-079

### PIELONEFRITIS MULTIFOCAL AGUDA, EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA ITU DURANTE UNA SITUACIÓN DE INMUNOSUPRESIÓN

Placido Paías, R.; Carrasco Hidalgo-Barquero, M.C.; Hidalgo-Barquero Del Rosal, E.; García Bernardo, L.  
Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario. Badajoz, Unidad de Nefrología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina de Badajoz, Servicio de Medicina Nuclear

**Introducción:** La nefronía lobar o nefritis focal aguda es una infección infrecuente que representa una afección intermedia entre la pielonefritis y el absceso renal. Más frecuente

en niños, por E.coli y asociada a uropatías (reflujo vesicoureteral, RVU).

**Caso clínico:** Niña de 3 años, sin antecedentes, diagnosticada de ITU febril a E.coli, correctamente diagnosticada y tratada en que reaparece fiebre con urocultivo persistentemente positivo hasta en 3 ocasiones en 1 mes.

Exploración: Febril (39,8°C), resto normal.

**Diagnóstico y tratamiento:** A su ingreso, tras cultivos, se inicia gentamicina y cefotaxima IV destacando: Piuria intensa. Leucocitosis con neutrofilia. PCR 230.8mg/L. GOT/GPT 57UI/L-119UI/L. Serología vírica: IgMVEB y CMV positivas. PCR CMV (orina), positivo. Ecografía: renomegalia bilateral sin diferenciación corticomedular, lesiones focales hipo e hiperecogénicas. Gammagrafía: múltiples lesiones corticales hipocaptantes difusas bilaterales. CUM, normal, no RVU.

Ante los hallazgos isotópicos de nefronía lobar múltiple mantuvimos antibioterapia endovenosa 14 días, seguida de cefixima oral.

**Conclusión:** Consideramos que la evolución tan tórpida de la ITU, en una niña previamente sana, sin factores de riesgo conocidos ni uropatía, puede haber estado influida por el estado concomitante de inmunodepresión secundario a la virasis.

## GRUPO 10

### O-080

#### ¿LA ENURESIS NOCTURNA SE ASOCIA A INCREMENTO DE PESO?: ¿REPRESENTA UN PROBLEMA PARA LOS PADRES?

Castellares González, C.; Gómez, R.; Cuevas, O.; Corrales, A.; Vico, F.; Puente, M.J.  
Santa Mónica

**Introducción:** La enuresis nocturna (EN) se define como incontinencia urinaria intermitente durante el sueño. Es un problema con importantes implicaciones psicológicas.

**Objetivo:** Conocer si la EN y el Sobrepeso(SB)/Obesidad(OB) es un motivo consultado por los padres, si representa un problema de salud en una consulta de pediatría en un centro de salud de la comunidad de Madrid.

**Material y Métodos:** De forma retrospectiva, se recogieron datos desde noviembre de 2010 hasta mayo de 2015 (ambos incluidos). Nuestro cupo es 1500 pacientes en edad pediátrica (hasta 14 años).

**Resultados:** El 5,8% de los pacientes de nuestra consulta mayores de 5 años presentaron EN (91 pacientes, 57/62,6% varones). El 31/91 (34%) presentaba SB/OB. El 68% de los pacientes con SB/OB son varones. El 19,3% presentaban OB. Actualmente el 26/91 (28,6%) presentan EN.

Tabla 1: Resolución de EN por sexo/edad.

Edad (años)	5-7	8-10	11-14	Total
Niñas (%/N)	15/ 51,7%	6/20,7 %	8/ 27,6%	29 (44,6%)
Niños (%/N)	15/41,8%	16/ 44,4%	5/13,8%	36 (55,4%)
TOTAL (%/N)	30/ 46,3%	22/33,8%	13/20%	65

**Conclusiones:** La EN es mas frecuente en varones, EL 7% son hermanos.

El 34% de los pacientes con EN presentan SB/OB.

Solo el 13,2% de los padres consultaron por EN, el 6,4% de los mismos presentaban SB/OB/EN, la edad media de consulta es a los 6 años.

### O-081

#### CITAS SOLICITADAS COMO URGENTES: ¿SON VERDADERAS URGENCIAS?

Mata Zubillaga, D.; Fernández Miaja, M.; Cobo Pacios, M.V.  
Centro de Salud Ponferrada IV

**Introducción:** Con agendas de trabajo habitualmente completas en AP, la asistencia sin cita previa supone un problema importante.

**Material-métodos:** Estudio observacional prospectivo (29/11/14-31/05/15). Cita urgente es aquella que se solicita sin haber disponibilidad. Se recogió información sobre cita, consulta y paciente.

**Resultados:** Se atendió 994 urgencias entre 3262 consultas (30%). 230 habían recibido asistencia previamente. Únicamente 17 fueron derivados al hospital. La enfermedad crónica más frecuente fue ESRL (128). Los motivos de consulta más frecuente fueron tos (236) y fiebre (242) y los diagnósticos catarro (219), faringoamigdalitis (118) y laringitis (91).

Edad media 48,6±4,8 meses (0-11 meses: 215, 12-35: 277, 36-71: 255, 72-167: 248). Hubo 499 varones y 496 mujeres (31 prematuros).

La media fue 10,7±5,1 urgencias/día (rango 2-29). El mes con mayor afluencia fue Abril (15,5 urgencias/día), y las semanas 52 y 12 (20 urgencias/día). Los días más empleados fueron Lunes y Martes (13,2 urgencias/día). El horario más empleado en la mañana fue 9h, 10h y 11h; en la tarde 16h y 17h.

#### Comentarios:

- Un tercio de los pacientes acude sin cita previa.
- Gran parte habían sido atendidos previamente.
- Los síntomas son conocidos y habituales.
- Suele tratarse de enfermedades banales.
- No se han detectado factores predisponentes que las justifiquen.

### O-082

#### ACOSO ESCOLAR: PAPEL DEL PEDIATRA EXTRAHOSPITALARIO

Ruiz Sánchez, J.F.  
Centro De Salud Peman

**Introducción:** El acoso escolar o violencia entre iguales ha empezado a ser una preocupación social por la importancia mediática que suscita. Se presenta principalmente en la escuela primaria. Un alumno es acosado cuando está expuesto repetitivamente a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes, sin capacidad para defenderse. Es causa de daño psicológico o de somatizaciones y de riesgo aumentado de estrés postraumático, ansiedad y problemas emocionales. Presentamos 4 casos en los que hemos evidenciado dichas conductas.

#### Casos Clínicos:

CASO 1: Niña de 10 años de edad que consulta por cuadro



de somatización a partir de episodio de conductas intimidatorias por parte de una compañera del colegio.

CASO 2: Niña de 7 años de la cual nos refiere la madre que sufre acoso escolar (exclusión, aislamiento) por parte de compañera del colegio.

CASO 3: Corresponde a un paciente varón de 10 años de edad que sufre acoso por un compañero de juegos de parque (Humillaciones, peleas), incluido episodio ciberacoso.

CASO 4: Paciente de 14 años con rasgos depresivos y ansiosos a partir de episodio de acoso escolar.

#### Discusión:

1. Como pediatras debemos sospechar y preguntar por el acoso escolar.
2. El pediatra debe colaborar y apoyar en todo el proceso.

### O-083

#### EL DOLOR EN PEDIATRÍA. OPINIÓN Y ACTITUD DE LOS PROFESIONALES

Mañas Uxó, M.I.; Fernández Campos, M.A.; Quesada Muñoz, G.; Devesa Del Valle, A.; Fernández Peregrina, S.; Aguilar Albarracín, C.; Bonillo Perales, A.; Valcárcel Marín, Á.  
Hospital Torrecárdenas, Almería, Hospital Costa del Sol, Marbella

Valorar la sensibilidad y el conocimiento de profesionales sanitarios sobre el manejo del dolor, comparándolo con su actuación ante la fiebre.

Estudio transversal mediante cuestionario online, remitido a profesionales de Pediatría (urgencias hospitalarias y Atención Primaria) de Almería, durante junio de 2015.

**Resultados:** Se respondieron 48 cuestionarios (60%).

Únicamente un 12.5% se interesa siempre por el dolor en preescolares, un 58.3% considera el dolor como un problema frecuente, un 60.4% que es percibido igual que los adultos, un 47.9% que los niños recuerdan experiencias dolorosas.

El 40.55% nunca utiliza escalas de valoración del dolor, mientras el 66% las utiliza para fiebre en menores de 2 años.

El 38.3% admite escaso conocimiento sobre medidas no farmacológicas, infrutilizándolas, considerando al mismo tiempo que se sobreutilizan los fármacos en el dolor y en la fiebre. El 91.5% no usa opiáceos en su práctica habitual, no sintiéndose capacitado para hacerlo el 56.3%. Más del 70% opina que hay poca sensibilización y poca formación respecto al manejo del dolor pero no de la fiebre.

El dolor es, con la fiebre, un motivo frecuente de consulta para el pediatra. Los profesionales reconocen escasa formación en la valoración del dolor con consecuencias sobre el manejo del mismo.

### O-084

#### PATOLOGÍA TIROIDEA EN ATENCIÓN PRIMARIA: HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y BOCIO

Lahílla Cuello, L.; Fernández Gómez, A.; Feo Ortega, S.; Arnal Alonso, J.M.; Ferrer Lozano, M.; Puig García, C.; Sánchez Zapater, A.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Centro de Salud Actur Norte Zaragoza

**Objetivo:** Revisar los casos de patología tiroidea detectados en los 2 últimos años en el Centro de Salud Actur Norte de Zaragoza y realizar una actualización del manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria.

**Material y métodos. Resultados:** Se describen 9 pacientes. Dos, de 8 y 15 años, que presentaban bocio y en la ana-

lítica se objetivó TSH elevada y hormonas tiroideas normales (hipotiroidismo subclínico) con anticuerpos antitiroideos negativos. Seis pacientes con tiroiditis de Hashimoto: tres, de 8, 13 y 14 años presentaban bocio normofuncionante con Ac antitiroideos positivos; otro de 7 años que ante la presencia de Graves-Basedow materno se realizó analítica encontrándose Ac positivos y función tiroidea normal; y otros tres, uno de 15 años que se realizó analítica en estudio de anemia, uno de 4 años que presentaba vitíligo, y otro de 11 años que se realizó analítica en estudio de diabetes, encontrándose en ambos tres Ac positivos e hipotiroidismo subclínico.

**Conclusiones:** Nuestra revisión pone el acento en una patología frecuente en Atención primaria y que se debe pensar ante todos aquellos pacientes, como nuestros casos, con antecedentes familiares, enfermedades autoinmunes, o todos aquellos que la historia clínica o la exploración física lo sugieran.

### O-085

#### TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LA RINO-SINUSITIS CON DIETA MEDITERRÁNEA TRADICIONAL

Calatayud Sáez, F.M.; Calatayud Moscoso Del Prado, B.; Gallego Fernández-Pacheco, J.G.; González Mateos, J.A.; Galiano Fernández, E.; Morales Arroyo, F.  
Clínica "La Palma", Centro de Salud nº 1, Centro de salud nº 4, Centro Médico Adelas

**Introducción:** La Dieta Mediterránea ha demostrado efectos anti-inflamatorios recogidos en la bibliografía. El objetivo del estudio fue valorar los efectos de una intervención con Dieta Mediterránea Tradicional (DMT), en pacientes con Rino-sinusitis (RS).

**Métodos:** Estudio analítico de comparación antes-después en 93 pacientes (44 niñas y 49 niños) de 1 a 5 años que mostraron tres o más sinusitis en el periodo de 1 año. Se les incluyó durante un año en el programa nutricional "Aprendiendo a comer del mediterráneo". Se estudiaron variables antropométricas, clínicas y terapéuticas.

**Resultados:** Todos los indicadores estudiados mostraron una evolución positiva y estadísticamente significativa, puesta de manifiesto desde las primeras semanas de iniciar el tratamiento hasta finalizar el año, tras el cual un 69 % de los pacientes no tuvo ningún episodio, y un 29% solo tuvo uno, frente a las 3,38 que tuvieron de media en el año anterior. El uso de antibióticos descendió un 86%, de  $3,84 \pm 1,13$  veces/paciente/año a  $0,51 \pm 0,79$  ( $p < 0,001$ ). El grado de satisfacción de las familias fue muy elevado. El índice Kidmed que valora la calidad de la DM subió de 7,7 a 10,9 puntos.

**Conclusiones:** La adopción de una DMT puede contribuir de forma relevante a la mejoría de los pacientes con RS.

### O-086

#### PEDIATRÍA CYL: UNA APLICACIÓN ELECTRÓNICA INTEGRAL PARA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Bachiller Luque, R.; Del Rio, A.M.; García De Ribera, C.; Hernández, A.M.; Hernández, P.; Vázquez, M.; Barrio, P.; Rojo, S.; G., G.  
Centro de Salud Pilarica, CS Rondilla, CS Barrio España, CS Casa del Barco, CS Aturo Eyries, CS Huerta del Rey

**Introducción y objetivos:** La importancia de las nuevas tecnologías en la educación para la salud y la asistencia pediátrica crece exponencialmente.

Nuestro objetivo es presentar una aplicación innovadora que permite educación para la salud para padres, contacto con servicios de urgencias y agenda de los datos médicos que precisan los padres a lo largo de la vida de sus hijos.

**Métodos:** Se constituye un grupo de trabajo integrado por pediatras, enfermería, gestores e informáticos. Se desarrolló la aplicación, utilizando un lenguaje preciso pero sencillo, con los siguientes apartados: manual de instrucciones del niño, dudas frecuentes, ¿Qué le pasa al niño?, videos, mis hij@s, buscador, App de cita previa así como herramientas que permiten acceso al teléfono de urgencias pediátricas del SACYL, calculadora de dosis, y enlaces de interés en Atención Primaria.

**Resultados y conclusiones:** Cuantitativamente la mayor proporción de contenido se sitúa en el apartado ¿Qué le pasa al niño? (30%) en el que se valora síntoma, ¿qué puedes hacer? ¿Cuándo ir a urgencias?. En el manual de instrucciones, siempre se utiliza la misma metodología: ¿Qué hace?, ¿Qué come? Prevención de accidentes. En dudas se estudian 26 cuestionen que suelen plantear los padres. y e mis hij@s permite una agenda personal.

### O-087

#### GINECOMASTIA UNILATERAL PREPUBERAL EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CON ACEITE DE ÁRBOL DEL TÉ (MELALEUCA ALTERNIFOLIA)

Sánchez Río, M.T.; García Primi, M.; Rodríguez Rodríguez, E.; Devesa Sánchez, A.  
Cap Maragall, Facultad Farmacia

Presentamos un paciente varón de 5 años de edad con desarrollo mamario unilateral derecho de 1 mes de evolución.

**Anamnesis:** Se detecta la aplicación en cuero cabelludo de aceite de árbol del té como prevención de infestación por piojos.

**Exploración clínica:** Desarrollo mamario unilateral derecho con estadio de Tanner 1.

**Procedimientos diagnósticos:** Destaca en la analítica una prolactina elevada con resto de parámetros normales.

Edad ósea que corresponde con la cronológica.

Ecografía de mama: Normal.

**Evolución:** A los 2 meses de suspender la aplicación de aceite de árbol del té, se constata una disminución de la ginecomastia y normalización de los niveles de prolactina. Con desaparición total de la ginecomastia a los 8 meses.

**Conclusiones:** En las publicaciones revisadas que relacionan la ginecomastia con la aplicación de aceite de árbol del té, no se aprecian elevaciones de prolactina como en nuestro caso, siendo la evolución clínica también buena tras suspenderlo.

Aunque no podemos evidenciar que la aplicación de este aceite sea la causa directa de la ginecomastia en el caso que presentamos, la evolución clínica y analítica sugieren esta etiología.

Incidir en el riesgo de toxicidad tóxica del aceite de árbol del té (*Melaleuca alternifolia*) con reacción sistémica por absorción.

### O-088

#### ABSCESO SUBMAXILAR PRODUCIDO POR CARIES DENTAL

Larena Fernández, I.; Bartolomé Lanza, L.; Mur Pérez, A.M.; Atance Melendo, E.; Blasco Pérez-Aramendía, M.J.  
C.Valdefierro

**Objetivos:** La caries dental es una enfermedad bacteriana destructiva de las estructuras dentales producida por microorganismos que forman parte de la flora bucal. Es la enfermedad infecciosa más común en la infancia. Entre los niños de 2-4 años casi una 1/5 parte de ellos tiene una caries que no ha sido tratada por el odontopediatra.

**Método:** Presentamos el caso de una niña de 3 años que acudió por dolor y flemón dentario por caries localizada en 2º molar temporal inferior derecho que, a pesar del tratamiento antibiótico y, siguiendo una evolución tórpida, realizó absceso fluctuante que precisó drenaje y antibioterapia con resolución definitiva a los dos meses tras exodoncia de la pieza dental.

**Conclusiones:** La caries es la patología más prevalente en preescolares y escolares que además de problemas locales constituye puerta de entrada de infecciones a distancia, lo que condiciona su importancia sociosanitaria.

La primera visita al dentista debería realizarse en el primer año de vida como defiende la S.E.O.P.

Se hace necesario un refuerzo por parte del pediatra y/u odontólogo en las acciones de promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades dentales que redunden en una disminución de prevalencia de la caries dental.

## GRUPO 1

## P-001

**LACTANTE CON TAQUIPNEA Y ESTANCAMIENTO PONDERAL: MÁS ALLÁ DE LO FRECUENTE**

Benavent Casanova, O.; Sivó Díaz, N.; García Clemente, A.; Moreno Quintana, M.; Castillo Corullón, S.; Escribano Montaner, A.  
Hospital Clínico Universitario, Valencia

**Anamnesis:** Lactante de 6 meses remitida a Neumología Infantil por “respiración rápida” y estancamiento ponderal.

Nació a término con peso adecuado para la edad gestacional, pero estuvo ingresada hasta los 10 días de vida por distrés respiratorio. Desde el alta neonatal la madre aprecia “respiración rápida”, tiraje subcostal y coloración subciana intercalar. Su Pediatra desde los 4 meses detecta desmedro y taquipnea, remitiéndola para ingreso hospitalario. Desde entonces precisa oxigenoterapia suplementaria (tomas y sueño)

**Exploración clínica:** Buen aspecto general. Percentiles: peso < 3, longitud < 25.

Taquipnea con saturación 94% y subcrepitantes diseminados. Resto anodino.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Pruebas cardiológicas, digestivas, inmunológicas y fibrosis quística normales. Radiografía y TAC de tórax se aprecia patrón sugestivo de enfermedad intersticial pulmonar, por lo que se realiza fibrobroncoscopia, lavado broncoalveolar y biopsia mediante videotoracoscopia, confirmándose hiperplasia de células neuroendocrinas. Precisa tratamiento de soporte.

**Conclusiones:** La hiperplasia de células neuroendocrinas o taquipnea persistente de la infancia, es una enfermedad intersticial pulmonar rara, cuya presentación típica son lactantes con taquipnea, retracciones, crepitantes e hipoxemia. El tratamiento es de soporte y su pronóstico incierto. Para su diagnóstico es fundamental un alto grado de sospecha, siendo esencial la medición rutinaria de la frecuencia respiratoria en reposo.

## P-002

**ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO COMO ETIOLOGÍA DE DISTRÉS RESPIRATORIO**

García Domínguez, M. <sup>(1)</sup>; Begara De La Fuente, M. <sup>(2)</sup>; Coronel Rodríguez, C. <sup>(2)</sup>; Chulián Cruz, R. <sup>(3)</sup>; García Ruiz-Santa Quiteria, M.I. <sup>(1)</sup>; Pérez Borrego, E. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla; <sup>(2)</sup> Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla; <sup>(3)</sup> Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

**Introducción:** El enfisema lobar congénito es una malformación pulmonar que ocasiona distrés respiratorio en recién nacidos y lactantes. El propósito de nuestro trabajo es manifestar la importancia de la realización de una prueba de imagen ante el primer episodio de sibilancias y/o tos.

**Caso clínico:** Neonato varón de un mes y medio de vida que acude a su Pediatra por tos, dificultad respiratoria y

rechazo de tomas. Presenta regular estado general, normocoloreado, tiraje subcostal, polipnea, subcrepitantes diseminados e hipoventilación en hemitórax izquierdo; resto normal. Gestación y parto sin incidencias. Lactancia materna exclusiva.

Tras no mejoría del distrés con aerosol de suero hipertónico al 3% y pulsioximetría de 97% con aire ambiental, se deriva a hospital con sospecha clínica de Bronquiolitis. En la radiografía de tórax se objetiva enfisema del lóbulo pulmonar superior izquierdo con desplazamiento mediastínico hacia la derecha.

En TAC sin contraste se confirma diagnóstico de enfisema pulmonar lobar congénito del lóbulo superior izquierdo por estenosis bronquial.

**Conclusiones:**

- El enfisema lobar congénito es un diagnóstico a considerar en recién nacidos y lactantes con sintomatología respiratoria.
- Es importante realizar una prueba de imagen ante el primer episodio de sibilancias +/- tos en recién nacidos o lactantes.

## P-003

**ESTENOSIS TRAQUEAL SECUNDARIA A INTUBACIÓN COMO CAUSA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Pérez Borrego, E.; García Domínguez, M.; García Ruiz - Santa Quiteria, M.I.; Moreno Ortega, M.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Varón de 13 años que consulta por dificultad respiratoria de 7 días de evolución, más acentuada en las últimas 24 horas. Previamente, tos y rinorrea. Antecedentes personales: tromboastenia de Glanzmann, diagnosticada tras sangrado postfrenulectomía a los 15 meses de edad. Hace 2 meses, hematoma epidural tras traumatismo leve que requirió drenaje e ingreso en UCI.

**Exploración física:** Aceptable estado general, ligera palidez cutánea. Polipnea. Estridor inspiratorio audible sin fonendoscopio, espiración alargada y tiraje supraclavicular. Auscultación respiratoria: hipoventilación generalizada. Faringe hiperémica, lesiones petequiales en la mucosa.

Se administran salbutamol y anticolinérgico nebulizados y corticoide oral, sin mejoría clínica significativa. Dados los antecedentes, se solicita radiografía de cuello y tórax, que evidencia estrechamiento de la columna aérea a nivel de C7. Ante este hallazgo, se deriva a servicio hospitalario para continuidad asistencial. Se realiza fibrobroncoscopia en la que se visualiza estenosis del 80% del tercio medio de la luz traqueal. Se completa estudio con TAC torácica donde no se objetiva causa extrínseca. Se opta por tratamiento quirúrgico mediante resección y anastomosis termino-terminal, con resultado satisfactorio.

**Conclusión:** Ante todo paciente con dificultad respiratoria y antecedente de intubación orotraqueal se debe incluir en el diagnóstico diferencial la estenosis secundaria de la vía aérea.

P-004

**TUBERCULOSIS LATENTE**

Grujic, B.; Carrera Martínez, J.J.; Salado Reyes, M.J.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Anamnesis:** Paciente de 13 años de edad, mujer, que presenta cuadro de un mes de evolución de febrícula, astenia y episodios aislados de hemoptisis.

En antecedentes destaca que la hermana mayor fue diagnosticada de tuberculosis 4 años antes (actualmente presenta lesiones cavernosas) y que nuestra paciente fue tratada con isoniacida al presentar Mantoux positivo y radiografía de tórax normal.

**Exploración clínica:** Anodina.

**Pruebas complementarias:** Mantoux: positivo (2,5cm), radiografía de tórax anodina, cultivo de esputo: negativo, baciloscopía: negativa. En la analítica presenta: normalidad de las tres series, bioquímica con inmunoglobulinas normales. TAC: dos nódulos calcificados en relación con granuloma y adenopatías hilares calcificadas en relación con secuelas de TBC primaria

**Tratamiento:** Recibe tratamiento cuádruple con rifampicina, pirazinamida, isoniazida y etambutol durante dos meses y posteriormente rifampicina e isoniazida durante 4 meses más.

**Comentarios:** El cuadro de febrícula y hemoptisis en este caso ha sido un signo de probable reagudización de la tuberculosis latente. Tras el inicio del tratamiento nuestra paciente presenta mejoría del estado general con desaparición de la clínica. Hay que insistir en el cumplimiento del tratamiento según el protocolo (en este caso durante los 6 meses) y en los controles clínico - analíticos que la terapia combinada conlleva.

P-005

**BRONQUITIS BACTERIANA PERSISTENTE COMO CAUSA DE TOS CRÓNICA**

Sánchez Ruiz, P.; Maroto Ruiz, M.J.; Gourdet, M.E.; García Gijón, C.; Raya Pérez, M.; Fresneda Machado, C.; Anaya Barea, F.M.; García Cabezas, M.Á.  
Hospital General, Ciudad Real

**Introducción:** La tos crónica (TC) ( cuatro semanas) es un problema frecuente. La herramienta más sensible para el diagnóstico es la tos productiva.

**Caso clínico:** Niña de 6 años con tos productiva de un mes de evolución. Presenta accesos de tos, sobre todo al tumbarse, con palidez y subcianosis perioral, que desencadenan el vómito y dificultan el sueño. No fiebre. Seguida en Neumología por sibilancias persistentes atópicas y asma inducido por virus episódico frecuente; recibe tratamiento con corticoide inhalado hace un mes. Auscultación respiratoria normal y exploración general normal. Saturación 99%. Se solicita: espirometría, radiografía de tórax (refuerzo de trama perihiliar) y serología de neumonías atípicas: normales. Se pauta amoxicilina clavulánico a 40 mg/kg/día una semana: mejoría inicial y empeoramiento al finalizar tratamiento. Se amplía estudio: Mantoux, PCR Bordetella, polisomnografía y ph metría: normales. Ante la sospecha de bronquitis bacteriana prolongada (BBP) se pauta amoxicilina clavulánico a 80 mg/kg/ día durante 3 semanas con desaparición de la clínica.

**Discusión:** La BBP es una infección endobronquial, que origina TC productiva. El diagnóstico se basa en la respuesta a un ciclo largo de antibiótico. El asma predispone a la BBP. No reconocer esta entidad puede dar lugar a bronquiectasias.

P-006

**NEUMOTORAX ESPONTÁNEO RECURRENTE EN UNA NIÑA SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Gourdet, M.E.; Sánchez Ruiz, P.; Maroto Ruiz, M.J.; Raya Pérez, I.; Arrabal Vela, M.A.; Vivar Del Hoyo, P.  
Hospital General, Ciudad Real

**Introducción:** El neumotorax espontáneo es una entidad poco frecuente en pediatría. Hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor torácico.

**Caso clínico:** Niña de 13 años que presenta dolor torácico derecho súbito, hace una semana, disnea en los últimos 2 días y tos de 15 días de evolución. No antecedentes de interés. Asimetría en auscultación con ausencia de murmullo vesicular en el hemitórax derecho. Radiografía tórax: neumotórax derecho masivo con desviación del mediastino hacia el lado contralateral. Hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda y coagulación normales. En UCIP: drenaje pleural con reexpansión pulmonar completa, siendo alta a las 48 horas. 20 días después: dolor torácico derecho de forma súbita, cuadro catarral de 5 días. Auscultación: no entrada de aire en hemitórax derecho. Rx tórax: neumotórax derecho mayor del 20%, no desviación del mediastino. Se coloca sistema de drenaje pleural con aspiración, sin reexpansión del pulmón en días posteriores. Derivada a cirugía torácica: toracoscopia con resección de bullas apicales y pleurodesis.

**Comentario:** El neumotórax espontáneo, generalmente, es primario. No obstante, conviene descartar enfermedad pulmonar subyacente, sobre todo si se trata de un niño mayor y/o es recurrente como en nuestro caso.

P-007

**TOS PSICÓGENA: SUEÑO ININTERRUMPIDO**

Alcedo Olea, R.; Gutiérrez Hurtado, A.; Campos Nieto, P.; Ruiz López, M.E.  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

**Introducción:** La tos psicógena se presenta hasta en el 10% de los cuadros de tos prolongada de origen desconocido. Se caracteriza por un cuadro de tos seca que cede durante el sueño. En la mayoría de los casos existen dificultades para su diagnóstico y tratamiento.

**Caso clínico:** Mujer de 12 años de edad con tos perruna, casi continua que desaparece durante el sueño de 7 semanas de evolución. Exploración física y pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, despistaje neuroalérgicos, mantoux y radiografía de tórax) sin hallazgos patológicos. Se realizan diversos tratamientos (antihistamínicos, corticoides, antibióticos, antileucotrenos) sin mejoría clínica. Se remite a Neumología y Otorrinolaringología donde descarta una base orgánica. Ante la sospecha de un origen psicógeno inicia seguimiento por Salud Mental con remisión de la sintomatología.

**Conclusión:** La tos psicógena constituye una entidad de difícil manejo. En la mayoría de los casos crea angustia familiar y absentismo escolar, derivando en consultas, pruebas complementarias y tratamientos innecesarios. Una evaluación exhaustiva que incluya factores emocionales y de estrés ayuda a su identificación. Asimismo, instaurar una psicoterapia temprana y explicar la naturaleza del problema suele conducir a la resolución del cuadro.

P-008

### ROMBOENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Campos Segovia, A.; Pérez Villena, A.; Luján Martínez, J.;  
Villalobos, J.; Jiménez Martínez, J.  
Sanitas La Moraleja, Madrid

La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a clínica de disfunción neurológica, causada por múltiples agentes etiológicos, fundamentalmente virus. Un subtipo, conocido como encefalitis troncoencefálica de Bickerstaff es un síndrome de base autoinmune compuesto por alteración del estado de conciencia, oftalmoplejía, signos piramidales y ataxia.

Presentamos los casos de dos niños con edades comprendidas entre los catorce meses y los dos años de edad. El primero ingresó por un cuadro clínico formado por fiebre, irritabilidad y temblor. El segundo ingresó por un cuadro de ataxia aguda. Ambos durante el ingreso desarrollaron afectación clínica progresiva de troncoencefalo. Se realizaron pruebas complementarias; la RNM nos confirmó el diagnóstico de sospecha. Fueron tratados con antibióticos, corticoides e inmunoglobulinas presentando en ambos casos una evolución favorable con recuperación neurológica completa en los meses siguientes.

Aunque las encefalitis son procesos inflamatorios conocidos, el subtipo de tronco conocida como Bickerstaff es hoy en día un reto diagnóstico tanto para pediatras como para neurólogos. Es importante sospecharlo para realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz, ya que mejora el pronóstico de los pacientes afectados.

P-009

### HEMATOMA SUBDURAL AGUDO SECUNDARIO A SANGRADO DE QUISTE SUBARACNOIDEO

Pascual Moreno, P.; Fernández De La Cruz, O.; González  
García, A.; Llanos Alonso, N.; Araujo García, T.; Muñoz  
Pérez, S.; Camarena Pavón, N.; García-Navas  
Núñez, D.; Vera Torres, M.  
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

La cefalea constituye un motivo de consulta habitual en atención primaria (AP). Aunque la mayoría están asociadas a procesos banales, el conocimiento de los signos de alarma es fundamental para detectar patología grave de manera precoz.

**Caso clínico:** Niña de 5 años derivada desde AP por vómitos y cefalea intensa hemicraneal izquierda de 5 días de evolución, despertares nocturnos y somnolencia en las últimas 24 horas. Niegan traumatismo. Exploración física: nivel de consciencia fluctuante (Glasgow 10-13) y anisocoria. Tomografía axial computerizada (TC): hematoma fronto-temporo-parietal derecho desviación importante de la línea media y herniación transtentorial (Figura 1, 2). Se realiza drenaje urgente y traslado a unidad de cuidados intensivos del hospital de referencia. Evolución favorable, salvo diplopia binocular residual. TC control: compatible con quiste aracnoideo de fosa temporal e higroma fronto-temporo-parietal residual (Figura 3, 4).

**Comentarios:** La anamnesis y exploración física detalladas son esenciales para identificar los signos y síntomas de alarma que nos permitan diferenciar una cefalea funcional de otra orgánica.

La cefalea asociada a hipertensión intracraneal es la causa

más frecuente de morbimortalidad en niños con patología neuroquirúrgica

Los quistes subaracnoideos suponen un 1% de las lesiones intracraneales, la complicación hemorrágica es infrecuente.

## GRUPO 2

P-010

### DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA COMO HALLAZGO CASUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Barchino Muñoz, L.M.; Chávez Barco, A.M.; Domínguez  
Begines, M.; Agámez Luengas, S.N.; De La Torre Sánchez, P.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** La displasia septo-óptica es un trastorno raro del desarrollo embrionario que consiste en la asociación de hipoplasia de los nervios ópticos, malformaciones cerebrales de la línea media (agenesia del septum pellucidum) y disfunción hipotálamo-hipofisaria (inconstante). Muchos incluyen además esquisencefalia.

**Caso clínico:** Anamnesis. Niño de 3 años con cefalea y vómitos de horas de evolución que requiere ingreso durante 24 horas para control de síntomas. Desde entonces, asintomático. No episodios similares previos. Antecedentes personales: presencia de nistagmo horizontal junto con déficit visual desde primeros meses de vida en seguimiento por Oftalmólogos. Desarrollo psicomotor normal. Exploración física: nistagmo horizontal, resto de exploración, incluida neurológica, normal.

Procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Fondo de ojo: sin alteraciones. TAC craneal: Hallazgos compatibles con displasia septo-óptica. Probable esquisencefalia de labio cerrado frontal izquierda. RM cerebral: esquisencefalia frontal izquierda junto con polimicrogiria del córtex. Agenesia del septum pellucidum con hipoplasia de ambos nervios ópticos y del quiasma, compatible con displasia septo-óptica. Estudio hormonal hipofisario: sin alteraciones. No precisa tratamiento.

**Conclusiones:** La displasia septo-óptica es un trastorno congénito poco frecuente que precisa control y seguimiento desde el punto de vista endocrinológico y neurológico y que es importante diagnosticar para lograr un manejo terapéutico adecuado con estimulación visual y rehabilitación precoz.

P-011

### SÍNDROME DE PALLISTER-KILLIAN. CASO EXCEPCIONAL EN NUESTRO CENDRO DE SALUD

Jiménez De Los Santos, C.<sup>(1)</sup>; Bustamante Liñán,  
M.D.C.<sup>(1)</sup>; Guerrero Moreno, N.<sup>(2)</sup>; Pérez  
Serralvo, C.<sup>(3)</sup>; Baquero Gómez, C.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>(2)</sup> Hospital Costa de la Luz, Huelva;  
<sup>(3)</sup> Huelva Centro de Salud, Huelva

**Introducción:** El Síndrome de Pallister-Killian es un síndrome raro que tiene como causa principal el mosaicismo para la tetrasomía del cromosoma 12p. Los pacientes presentan un fenotipo característico, discapacidad intelectual, retraso motor y malformaciones de otros órganos y sistemas. Al realizar un diagnóstico precoz, pese a no existir terapia específica, se constata mejoría con la intervención temprana.

Se describe caso clínico de síndrome de Pallister-Killian visto en Consultas de Atención Primaria.



**Caso clínico:** Acude a consulta de Centro de Salud lactante de 12 meses de vida para revisión habitual, en la que se constata retraso psicomotor y rasgos dismórficos. Se deriva para estudio, que incluye: hemograma, bioquímica, perfil hepático, hormonas, perfil lipídico, coagulación, resonancia magnética craneal, ecografía abdominal, electroencefalograma, valoración oftalmológica, biopsia de piel y estudio genético. Confirmándose diagnóstico de síndrome de Killian-Pallister.

**Conclusiones:**

- Importante la sospecha del cuadro ante la presencia de retraso psicomotor, rasgos dismórficos y conducta de espectro autista.
- Un diagnóstico precoz conlleva al inicio de un rápido tratamiento interdisciplinario.
- Una temprana intervención permite prevenir el desarrollo de nuevas deficiencias y discapacidades.

**P-012**

**SÍNDROME DE DELECCIÓN PARCIAL DEL CROMOSOMA 13. A PROPÓSITO DE 1 CASO**

M.A. Beneítez Lázaro

ABS Apenins Montigala. Badalona. Barcelona

La monosomía parcial del cromosoma 13 (delección 13q) es una enfermedad cromosómica rara en la cual el brazo largo del cromosoma 13 desaparece. Se suele evidenciar al nacimiento y se caracteriza por bajo peso al nacimiento, malformaciones craneofaciales (cabeza y cara), anomalías del ojo, defectos de manos y pies, micropene. Los niños afectados suelen tener un retraso psicomotor y retraso mental variable.

Presentamos el caso de un recién nacido a término con pesos adecuados para edad gestacional nacido por un parto eutócico sin complicaciones. Facies peculiar, pero sin otras malformaciones externas evidenciables. Madre con facies muy parecida y con una impresión inicial de patrón mental borderline.

Dado el retraso en el desarrollo en los primeros meses de vida se envía a neurología de hospital de referencia y en genética confirman el diagnóstico de delección del cromosoma 13.

Estudio genético de la madre positivo.

En la evolución del paciente (ahora 3a) se evidencia cada vez más el retraso psicomotor, afectivo y de adquisición de nuevos conocimientos.

**P-013**

**SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO POR COLIRIO CICLOPLÉJICO EN NIÑO DE 4 AÑOS DE EDAD**

López, A.M.; Bosnich, L.S.

Althai, Manresa

**Introducción:** Los agentes parasimpaticolíticos se usan para provocar midriasis y parálisis de acomodación en distintas circunstancias. Su uso tópico puede provocar efectos sistémicos. Presentamos caso de síndrome confusional agudo (SCA) en niño de 4 años tras uso de colirio de ciclopentolato.

**Caso clínico:** Anamnesis: niño 4 años, antecedentes personales plaquetopenia inmune crónica, consulta urgencias por nerviosismo, alucinaciones visuales (manchas negras en manos) y movimientos bucolinguales, que los padres atribuyen a aplicación de ciclopentolato 1%, para estudio de agudeza visual dos horas antes (una gota cada 15 minutos, tres total).

Exploración física: Constantes vitales normales. TEP normal. Movimientos bucolinguales por sensación de boca seca. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y ORL normales. Exploración neurológica Glasgow 15/15, midriasis arreactiva, actitud de nerviosismo, alucinaciones visuales, marcha normal sin otros hallazgos.

Exploraciones complementarias: cribado tóxicos orina negativo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: interconsulta con toxicología. Orientación diagnóstica de SCA permanece en observación hospitalaria 4 horas, no se administró antidoto (fisostigmina) debido ausencia de síntomas graves y evolución favorable.

**Conclusiones:** La presentación de éstos agentes puede provocar falsa sensación de seguridad, pero la gran capacidad de absorción de mucosa conjuntival y nasal puede ocasionar reacciones sistémicas potencialmente graves, que los profesionales debemos conocer y alertar a la familia.

**P-014**

**PRUEBA DEL HIELO EN LA INFANCIA, UNA HERRAMIENTA POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Sánchez Ruiz, P.<sup>(1)</sup>; Gourdet, M.E.<sup>(1)</sup>; Maroto Ruiz, M.J.<sup>(1)</sup>; Arias Sánchez, M.I.<sup>(1)</sup>; De La Plata Legaz, M.Á.<sup>(2)</sup>; García Cabezas, M.Á.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General, Ciudad Real; <sup>(2)</sup>Hospital General de Área Santa María del Rosell, Cartagena, Ciudad Real

**Introducción:** La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular. La ptosis palpebral representa la forma más común de presentación. La prueba del hielo (PH) puede contribuir al diagnóstico desde Atención Primaria.

**Caso clínico:** Niña de 3 años con episodio paroxístico de alteración de conciencia, revulsión ocular derecha y automatismos orales de 5 minutos, que ceden espontáneamente, sin fiebre. Antecedente: abuelo epiléptico. Exploración física tras recuperación de conciencia: ptosis palpebral bilateral permanente, de predominio derecho, que empeora a lo largo del día, resto normal. EEG y RMN cerebral normales. Ante la sospecha de miastenia ocular, se realiza radiografía de tórax y estudio electrofisiológico sin hallazgos patológicos. Anticuerpo anti receptor de acetilcolina positivo. Se completa estudio con PH colocándose sobre párpados superiores bolsa de suero salino fisiológico frío durante 5 minutos: mejoría de la ptosis (> 2 mm). Se inicia tratamiento con piridostigmina con buena tolerancia y desaparición de la ptosis palpebral.

**Comentarios:** El enfriamiento de las fibras musculares inhibe la actividad de la acetilcolinesterasa, incrementándose el neurotransmisor en la sinapsis y mejorando los síntomas de los pacientes miasténicos. Dada la sencillez y ausencia de efectos secundarios, la PH puede orientar el diagnóstico de la miastenia gravis desde Atención primaria.



P-015

### SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS. REVISIÓN DE UN CASO

Rujido Freire, S.; Fuentes Pita, P.; Otero Domínguez, E.;  
Dosil Gallardo, S.; López Rivas, M.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,  
Santiago de Compostela

**Introducción:** El “Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas” es un cuadro infrecuente caracterizado por trastornos complejos de la percepción visual: macro/micropsia, metamorfopsia, teleopsia, micro/macosomatognosia o distorsión del paso del tiempo. Los pacientes son conscientes de la naturaleza ilusoria. Se ha relacionado con migraña, epilepsia, lesiones cerebrales, virasis, fármacos y drogas.

**Caso clínico:** Niña de 6 años con cuadro de 10 días, consistente en episodios diarios breves de visión de objetos y personas más grandes, sin distorsión morfológica ni desplazamiento de estos, alteración de su imagen corporal ni sensación de alteración del transcurrir del tiempo. Antecedente de madre con retinitis pigmentaria y migraña. Exploración física normal. Exploraciones complementarias: IgM e IgG de Virus Ebstein-Barr positivas, EEG y RMN normales, potenciales evocados con alteración de conducción de vía visual (disminución de amplitud), con mayor afectación en área macular. Evolución favorable con desaparición de los episodios. No ha presentado recurrencias.

**Conclusiones:** El “Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas” es un cuadro raro en niños pero alarmante. Su conocimiento puede evitar la realización de exploraciones innecesarias. Tendencia a la resolución espontánea sin secuelas en semanas o meses, aunque pueden presentar recurrencias. Es típica la alteración de potenciales visuales.

P-016

### PARÁLISIS OCULAR Y TORTICOLIS DE APARICIÓN AGUDA EN NIÑO DE 2 AÑOS

Marín, A.; Román, A.; Andrade, M.T.; Campo, A.; Alonso, I.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Introducción:** El estrabismo en la edad pediátrica siempre debe ser estudiado, especialmente cuando asocia la afectación de un par oculomotor.

**Caso clínico: Anamnesis:** Niño de dos años traído por sus padres porque desde hace varios días lo encuentran “más torpe”, se cae frecuentemente, desvía el ojo izquierdo (OI) y la cabeza hacia la derecha. Sin antecedentes de interés.

**Exploración Física:** Excelente estado general. OI: desviación nasal. Ojo derecho(OD): limitación de la abducción. Deambulación normal, con cabeza lateralizada hacia la derecha. Resto de la exploración normal.

**Procedimientos diagnósticos:** Valoración oftalmológica: paresia del VI par del OD (desviación primaria) y desviación secundaria del OI con tortícolis. TAC de cráneo urgente: lesión de partes blandas de unos 16 mm, acompañada de irregularidades focales en la apófisis clinoides. Se confirma por RNM cerebral: lesión sólida posterior al clivus, infiltrándolo, y comprimiendo la salida del VI par.

**Juicio Clínico:** Patología tumoral con afectación ósea y afectación del VI par: histiocitosis de células de Langerhans (HCL) versus cordoma de clivus.

**Plan de actuación:** Tratamiento empírico de HCL(más frecuente) con quimioterapia intravenosa.

**Comentarios:** La aparición de un estrabismo de aparición aguda, obliga a una exploración oftalmológica y neurológica minuciosas, pues podemos encontrarnos con una enfermedad grave subyacente.

P-017

### CAUSA POCO HABITUAL DE INESTABILIDAD EN LA MARCHA

Salazar Oliva, P.; Serrano Moyano, B.; Hernández González, A.; Prieto Heredia, M.; Benavente Fernández, I.;  
Castellano Martínez, A.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Anamnesis:** Paciente mujer de 5 años que acudió a urgencias pediátricas por presentar dos caídas al suelo esa mañana. Desde entonces presentaba palidez y marcha inestable.

**Exploración clínica:** En la exploración neurológica destacaba un nistagmo horizontal, inestabilidad a los cambios de posición, Romberg positivo sin caída y marcha con base de sustentación ampliada y apoyo constante.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica sanguínea y el sistemático de orina resultaron normales. Se realizó un TAC de cráneo en el que se apreciaba una hidrocefalia tetraventricular con mega cisterna magna asociada, siendo ingresada por el servicio de Neurocirugía.

Se instauró tratamiento con corticoides objetivándose una mejoría progresiva de los síntomas. Se realizó una RMN craneal informada como hidrocefalia tretaentricular con comunicación del IV ventrículo y quiste de fosa posterior compatible con persistencia de quiste de Blake. Debido a que la paciente se encontraba asintomática se dio el alta a domicilio con seguimiento en consultas externas de neurocirugía.

**Conclusiones:** Ante clínica de inestabilidad y nistagmo hay que incluir en el diagnóstico diferencial las malformaciones congénitas de fosa posterior: hipoplasia de vérmix cerebeloso, mega cisterna magna, quiste aracnoideo y persistencia del quiste de Blake; aunque resulten causas infrecuentes.

P-018

### CEFALEA, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Amaya Carrera, Z.K.; Asensio Carretero, S.  
Montclar, Sant Boi de Llobregat

Niña de 11 años, con antecedentes familiares de madre con migraña, que consulta por cefalea frontal bilateral de 2 años de evolución. Presenta características opresiva e intensidad moderada, de predominio vespertino. No interfiere con las actividades diarias ni le despierta por la noche. Asocia fotofobia y sonofobia y en ocasiones náuseas o vómitos. Cede con paracetamol. En el último mes, se incrementa en frecuencia y ha iniciado visión borrosa.

Presenta presión arterial normal (110/60) y la exploración neurológica anodina(GlasgowW15. No focalidad. No signos meningeos. Sensibilidad y fuerza conservada. Reflejos osteotendinosos simétricos y bilaterales).

Ante el empeoramiento de clínica, se solicita resonancia magnética que objetiva herniación de amígdalas cerebelosas con cavidad sinringomiélica cervicodorsal, más prominente a nivel cervical.

Se diagnóstica malformación Arnold-Chiari con siringomielia y se realiza intervención quirúrgica.

**Conclusiones:**

- La cefalea es un motivo frecuente de consulta en atención primaria. Aunque la etiología suele ser banal, es importante realizar una correcta exploración y seguimiento de los pacientes para descartar otros procesos.
- El diagnóstico de la cefalea es fundamentalmente clínico, pero en algunos casos es necesario las pruebas de imagen complementarias.
- Conocer los signos de riesgo de una cefalea (como el inicio de visión borrosa en el caso).

## GRUPO 3

## P-019

## ¿HERPES ZÓSTER EN NIÑO SANO QUE RECIBIÓ UNA DOSIS DE VACUNA DE LA VARICELA?

Placido Paías, R. <sup>(1)</sup>; Del Castillo Navio, E. <sup>(2)</sup>; Vaquerizo Vaquerizo, V. <sup>(1)</sup>; González Carracedo, M.J. <sup>(1)</sup>; García Vázquez, J. <sup>(1)</sup>; Real Terrón, R. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital de Mérida, Mérida; <sup>(2)</sup> Centro de Salud Ciudad Jardín, Badajoz

**Anamnesis:** Niño de 3 años, sin antecedentes de interés, bien vacunado, incluyendo varicela a los 12 meses (1 dosis). Consulta por un exantema no pruriginoso ni doloroso iniciado en las 24 h previas, afebril.

**Exploración física:** Normal, salvo exantema eritematoso-vesiculoso de distribución metamérica en región laterotorácica derecha (fig. 1).

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Con el diagnóstico clínico de herpes zóster, se pauta aciclovir oral. Recuperándose sin complicaciones en pocos días.

**Conclusiones:** El herpes zoster (HZ) es causado por la reactivación del virus de la varicela-zóster (VZV) que se ha mantenido latente en los ganglios nerviosos sensoriales. El virus se propaga a lo largo de activado el nervio cutáneo correspondiente a la piel o membrana mucosa adyacente.

La incidencia de HZ entre los niños sanos vacunados con vacunas contra la varicela en la era después de la vacunación es baja (2,6-22/100.000 dosis de vacuna administradas) y la enfermedad es generalmente leve.

La capacidad de reactivación del virus vacunal de la varicela es cualitativa y cuantitativamente menor que la del virus salvaje, tal como sucede en HZ en vacunados.

La administración de una segunda dosis de vacuna VZV en los niños inmunocompetentes podría hacer todavía más infrecuente el HZ en la infancia.

## P-020

## RETO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA: LA BALANITIS PLASMOCELULAR DE ZOOM

Fernández Peregrina, S. <sup>(1)</sup>; Aguilar Albarracín, C. <sup>(1)</sup>; Molina Valera, J. <sup>(2)</sup>; Ramos Martín, J.L. <sup>(3)</sup>; Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Mañas, M.I. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>(2)</sup> Centro De Salud Roquetas Sur, Roquetas De Mar Almería; <sup>(3)</sup> Hospital Huerca Overa, Huerca Overa Almería

La balanitis de células plasmáticas, también conocida como Balanitis de Zoom, es una entidad poco habitual en la edad infantil. Se trata de una dermatosis inflamatoria reactiva en el pene de etiología aún desconocida.

Dada su baja frecuencia, supone un reto diagnóstico para el Pediatra ya que la inespecificidad de su clínica nos abre un amplio abanico de posibilidades diagnósticas.

**Anamnesis:** Varón de 22 meses de vida que acude al la consulta en su centro de salud por presentar varias lesiones en el pene que no responden a tratamiento antibiótico y antifúngico tópico de 5 días de evolución.

**Exploración física:** Lesiones eritematosas, de aspecto ulcerado y bordes circinados en el glande del pene. Resto de exploración por aparatos, anodina.

**Diagnóstico:** Clínico.

**Plan terapéutico:** Ante el posible diagnóstico de Balanitis de Zoom, se propuso tratamiento antiséptico con Septomida y corticoterapia local con Prednicarbat, consiguiendo la resolución completa de las lesiones en el periodo de una semana.

Nuestro caso es de suma importancia debido a la dificultad de su diagnóstico, ya que su baja frecuencia y la inespecificidad de su clínica, puede confundirse con otras dermatosis del área genital.

## P-021

## SÍNDROME BOCA-MANO-PIE. UN BROTE INUSUAL EN UN CENTRO DE SALUD

Hocevar, H. <sup>(1)</sup>; Caravaca Ribera, M.A. <sup>(2)</sup>; Margarit Dalmau, I.C. <sup>(3)</sup>; Jeinson De Vinokur, A. <sup>(4)</sup>; Ruiz España, A. <sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> EAP Cornell-1, Cornella; <sup>(2)</sup> EAP Cornellà-1, Cornella Del Llobregat;

<sup>(3)</sup> Eap Cornellà 1, Cornella De Llobregat; <sup>(4)</sup> EAP Cornella 1, Cornella;

<sup>(5)</sup> Eap Cornella-1, Abs Marti Julia

**Objetivos:** La descripción de un brote diferente del síndrome Boca-mano-pie en número de casos y clínica durante el año 2014 en nuestro centro de salud.

**Material y métodos:** Recogida retrospectiva de casos del año 2014, mediante los diagnósticos de un total de 4500 niños, de 5 pediatras, de los cuales 750 entre 0 y 5 años.

**Resultados:** Hemos tenido 60 casos, distribuidos en 2 estaciones, 16 en primavera y 44 en otoño. Se analizan las diferencias clínicas entre ambos grupos, en la duración, agresividad y características incluidas las distrofias ungueales y los datos por edades. Un 80% de los casos afectó a niños entre 0 y 5 años. Además, el brote otoñal afectó a 3 adultos (se adjuntan imágenes).

**Conclusiones:** Revisando la literatura, se formula la hipótesis de diferentes agentes causales en ambos grupos, entre Cocksackie A16, Enterovirus A71 y el descrito en el 2008, Cocksackie A6.

## P-022

## FIEBRE Y ODINOFAGIA INTERCURRENTES, PENSAR EN PFAPA

Aguilar Albarracín, C. <sup>(1)</sup>; Fernández Peregrina, S. <sup>(1)</sup>; Molina Valera, J. <sup>(2)</sup>; Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Mañas Uxó, M.I. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería;

<sup>(2)</sup> Centro de Salud Roquetas Sur, Roquetas de Mar

El síndrome de Pfapa representa una entidad crónica de fiebre recurrente, descrita por Marshall, de etiología desconocida y patogenia inciertas. Suele diagnosticarse entre los 2 y 5 años de edad y entre sus manifestaciones clínicas se encuentra la faringitis, adenopatías cervicales y aftas orales, con una periodicidad entre 3 a 8 semanas (mediana de 21 días). Suele responder a corticoides orales desapareciendo por completo la sintomatología. Presentamos un caso clínico diagnosticado en Atención Primaria.

**Anamnesis:** Varón de 8 años con odinofagia y fiebre de 39.5°C de 4 días de evolución. Episodios similares cada 3-4 semanas desde los 2 años de vida, sin predominio estacional, en ocasiones acompañados de lesiones orales, diagnosticado de amigdalitis pultácea tratado con antibióticos orales.

**Exploración:** Hiperemia faríngea, sin placas ni exudados y adenopatías submandibulares.

**Diagnóstico:** Clínico.

**Tratamiento:** Se pauta Prednisona 1mg/kg/día 2 días y la mitad de dosis los dos siguientes días. En revisión, refiere quedarse totalmente asintomático 24 horas después de iniciar el tratamiento.

**Conclusiones:** Aunque es un síndrome autolimitado y remite sobre los 10 años, es importante conocerlo y hacer un diagnóstico diferencial, evitando tratamientos repetidos con antibióticos. El pediatra de Atención Primaria juega un importante papel, pues requiere su seguimiento para el diagnóstico.

### P-023

#### FASCITIS NECROTIZANTE: COMPLICACIÓN DE UNA VARICELA

Martínez Andaluz, C.; Moreno Mejías, M.D.; González Márquez, I.J.; Delgado Gómez, P.; Ardanuy Pizarro, A.V.; Charlo Molina, T.; Ortiz Álvarez, A.; Montero Valladares, C.; López González, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa producida por la infección primaria del virus varicela zoster (VVZ). Presenta alta incidencia, típica de la infancia y por lo general de carácter benigno.

Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años, sin antecedentes de interés, que en contexto de varicela de 48 horas de evolución, consulta por fiebre de hasta 40°C y dolor e induración en región proximal de miembro superior derecho (MSD).

A la exploración presenta exantema en cielo estrellado generalizado, destacando en MSD placa indurada, dolorosa a la palpación, que se extiende desde hombro hasta muñeca. Lesión purpúrica en cara lateral del MSD, con bullas hemorrágicas y flictenas.

Ingresó con sospecha de celulitis vs síndrome compartimental, presentando empeoramiento progresivo que precisa fasciotomía urgente. Se traslada a Unidad de cuidados intensivos con síntomas y signos compatibles con shock tóxico precisando intubación endotraqueal y soporte vasoactivo intenso, debido a la situación de inestabilidad hemodinámica. Se inicia tratamiento empírico con cefotaxima y clindamicina, confirmando posteriormente infección por *S. pyogenes*.

#### Conclusiones:

- Complicación poco frecuente pero grave que puede tener consecuencias mortales.
- La importancia de la vacunación para evitar posibles complicaciones graves que puedan comprometer la vida del paciente.

### P-024

#### ABSCESO RETROFARÍNGEO: UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN EL NIÑO PEQUEÑO

García Clemente, A.; Khodayar Pardo, P.; Socatelli Castro, S.; López García, M.J.

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

El absceso retrofaríngeo es una entidad infrecuente aunque asociada a una gran morbilidad y potencial mortalidad. Los principales agentes etiológicos son estreptococos β-hemolíticos de grupo A, *Staphilococo aureus* y anaerobios, como complicación tras una infección de vías respiratorias superiores. Afecta a niños menores de 5-6 años, edad a partir de la cual involuciona la cadena ganglionar retrofaríngea. Su identificación requiere gran pericia diagnóstica, especialmente en los niños pequeños.

Niño de 14 meses, que presenta febrícula, vómitos intermitentes y rechazo alimentario desde hace 11 días. Fue valorado por diferentes Pediatras, realizándose análisis con marcada leucocitosis (19300 L, 67% Neutrófilos), pero moderado incremento de reactantes inflamatorios (PCR 36 mg/L).

A la exploración presenta regular aspecto general por decaimiento, lateralización cervical izquierda con tumefacción, sialorrea y ronquera. Ante la sospecha de absceso retrofaríngeo se inicia tratamiento con Cefotaxima, Clindamicina y Metilprednisolona. La RMN confirma la presencia de un absceso de 55 x 30 x 21 mm que precisa drenaje quirúrgico. En el cultivo se demuestra el crecimiento de *Streptococcus constellatus*, una etiología inusual.

El absceso retrofaríngeo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido. Un alto grado de sospecha, basado en la clínica, es clave para su diagnóstico.

### P-025

#### EDEMA PALPEBRAL UNILATERAL: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

García Vázquez, J.; Portillo Márquez, M.; Vaquerizo Vaquerizo, V.; González Carracedo, M.J.; Plácido Paías, R.; Montero Salas, A.

Hospital de Mérida, Mérida

**Anamnesis:** Niña de 5 años con cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre (máxima: 38.5°), edema del párpado y dolor a la movilidad del ojo derecho.

**Exploración:** Buen estado general, no aspecto séptico. No adenopatías. Exploración neurológica normal. Faringe, fosas nasales, cavidad oral y otoscopia normal. Edema palpebral, leve hiperemia conjuntival, sin exudado, movilidad ocular dolorosa, pero conservada en ojo derecho. Resto de exploración normal.

**Procedimiento diagnósticos:** Hemograma y bioquímica general normales. Proteína C Reactiva: 39 mg/l. Estudio oftalmológico: Normal. Radiografía de senos: Normal. Tomografía Axial Computerizada craneal: Ocupación de seno esfenoidal y celdillas etmoidales derechas.

**Tratamiento:** Antibioterapia, antiinflamatorios, lavados y corticoides nasales tópicos.

**Conclusiones:** Las causas de edema palpebral unilateral, son muy diversas y generalmente secundarias a procesos benignos locales, como picaduras de insectos, traumatismos, blefaritis, conjuntivitis, etc. Las sinusitis se puede presentar

con una clínica poco característica, especialmente cuanto más pequeño es el niño y las radiografías pueden resultar normales en muchos casos. Ante la presencia de un edema palpebral unilateral la existencia de un proceso infeccioso contiguo debe ser siempre una posibilidad a descartar. La radiografía de senos no es la prueba diagnóstica actual de confirmación de una sinusitis.

## P-026

### IMPORTANCIA DEL MANEJO PRECOZ DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LA ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA

García Ruiz Santa Quiteria, M.I.; Pérez Borrego, E.; Moreno Ortega, M.; García Domínguez, M.; Olbrich, P.; González Fuentes, A.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria por defecto de fagocitosis (alteración funcional NADPH oxidasa) con riesgo de infecciones invasivas (gérmenes catalasa positivos). El objetivo de este caso es sospechar y actuar adecuadamente ante una de las complicación más frecuentes.

**Caso clínico:** Paciente de 8 años con EGC (profilaxis con cotrimoxazol e itraconazol), acude a su pediatra por fiebre y tos de 6 días, dolor torácico y aspecto de enfermedad. Auscultación: hipoventilación derecha. Derivada a Urgencias, se observa en pruebas de imagen condensación base pulmonar derecha con derrame pleural ipsilateral. Dados sus antecedentes y afectación clínica, ingresa para antibioterapia intravenosa. Presenta neutrofilia y PCR elevada (204mg/L) siendo el exhaustivo cribado microbiológico (hemocultivo, cultivos lavado broncoalveolar, Mantoux, galactomanano en suero, panel de virus respiratorios) negativo. Presenta mejoría lenta con antibioterapia empírica (Cefepime), permitiendo completar 14 días con tratamiento vía oral (ciprofloxacino) en su domicilio.

#### Conclusiones:

- Pacientes con EGC se caracterizan por su susceptibilidad frente infecciones invasivas, principalmente *Staphylococcus aureus*, *Nocardia*, *Pseudomonas* y *Aspergillus*, afectando pulmones y piel.
- Imprescindible profilaxis antibiótica y antifúngica mantenida.
- Ante cuadros febriles es fundamental sospechar cuadros infecciosos invasivos, realizar búsqueda intensiva de gérmenes causantes e iniciar antibioterapia empírica de forma precoz.

## P-027

### CUANDO LA CAUSA DE LA FIEBRE NO APARECE EN LA LISTA...

Fernández Mateo, M.; Campo Aledo, S.; Palacios García, C.; Gonzalez Zambrano, P.; Villa García, N.; Torres Moreno, E.; Llamas Quintana, G.

Atención Primaria, Santa Margarida de Montbui

**Anamnesis:** Niño de 12 meses que presenta fiebre de 10 días de duración. El 9º día aparece erupción cutánea que se resuelve 8 días después. No otros síntomas.

No fármacos. No viajes. No ingesta de lácteos sin pasteurizar ni carne de caza. No animales. Vacunación triple vírica 8

días antes del inicio del cuadro.

**Exploración física:** Inicialmente exploración física normal.

El 9ª día presenta erupción maculo-papulosa, morbiliforme, confluyente, en cara, cuello y tronco; resto de exploración normal.

**Exploraciones complementarias:** Analítica: hemograma, reactantes fase aguda, función hepática y renal normales; IgM sarampión positivo débil, resto de serologías negativas (citomegalovirus, Epstein Barr, toxoplasma, mycoplasma, brucella y rubeola).

Un mes tras la vacunación: IgM sarampión negativa con IgG positiva.

Coprocultivo, hemocultivo y urocultivo negativos.

Mantoux: negativo.

Radiografía de tórax: normal.

**Conclusiones:** La fiebre de origen desconocido (FOD) suele estar causada por procesos comunes, aunque con presentación atípica. El caso se orienta como una reacción sistémica a triple vírica de duración superior a la descrita en la literatura.

La reacción adversa sistémica a vacunas no se contempla en las guías clínicas como una causa de FOD.

La historia clínica y la exploración física son imprescindibles para orientar el diagnóstico y solicitar el estudio apropiado.

## P-028

### ¿REGISTRAMOS LAS REACCIONES ADVERSAS A LAS VACUNAS?

Campo Aledo, S.; Llamas Quintana, G.; Claramunt Valls, R.M.; Fernández Mateo, M.; Rubio Mula, O.; El Annasi, N.

CAP Santa Margarida de Montbui

**Objetivo:** Conocer el número de reacciones adversas producidas tras administrar la vacuna Triple Vírica (TV) y su registro codificado en la historia clínica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo transversal. Se cuantificó el número de reacciones adversas registradas en el último año en el CAP de Santa Margarida de Montbui en el programa informático ECAP con los códigos:

- T88.1 Reacción vacunal.
- Z88.7 Reacción alérgica vacunal.

**Resultados:** Entre julio del 2014 y julio del 2015 se administraron 245 vacunas y se registraron 4 reacciones vacunales en forma de fiebre (1,63%). En 3 de ellas además apareció exantema (1,2%). Ninguna reacción local descrita. La duración de las reacciones osciló entre 4 y 8 días y el registro de dichas reacciones fue realizada por el pediatra.

**Conclusiones:** Baja incidencia de reacciones adversas tras administrar la TV en comparación con la literatura pudiendo ser las causas:

- Educación sanitaria sobre reacciones postvacunales, por lo que no consultan.
- No se registra por considerarlo dentro de la normalidad.

Baja notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia ya que sólo 1 de ellos fue notificado

Debemos sensibilizarnos, intentar registrar las reacciones adversas a vacunas por parte del personal sanitario y notificarlas al servicio de Farmacovigilancia.



## GRUPO 4

## P-029

## LESIÓN CUTÁNEA NODULAR EN NIÑO DE MEDIO RURAL

Maroto Ruiz, M.J.; Gourdet, M.E.; Sánchez Ruiz, P.;  
López-Menchero, J.C.; Palomo Atance, E.;  
López Nieto, M.; García Cabezas, M.Á.  
Hospital General, Ciudad Real

**Caso clínico:** Varón de 6 años estudiado por aparición de nódulo eritematoso en brazo derecho hace 3 semanas, que a pesar de iniciar tratamiento antibiótico y corticoides refiere incremento progresivo del tamaño y dolor importante. Desde hace 6 días aparición de otra lesión similar en antebrazo izquierdo que ha ido aumentando tamaño hasta conformar otro nódulo. Afebril en todo momento, sin síntomas acompañantes.

Ambiente rural, contacto con ovejas, cabras, pollos, gallinas, perros, gatos y hámster.

Exploración física: brazo derecho nódulo 1.5 cm e izquierdo de 3 cm ambos dolorosos y eritematosos con centro parcialmente ulcerado y fluctuantes. No adenopatías, ni visceromegalias. Resto sin hallazgos.

Se recogen cultivo, PCR Leishmania y Poxvirus de líquido drenado y ante no mejoría de las lesiones se remite a Dermatología quien diagnostica de nódulo de los ordeñadores.

Evolución favorable hasta la completa resolución en las siguientes 4 semanas.

**Discusión:** Aunque se trata de una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, deberemos sospecharla ante casos de lesiones cutáneas tipo nódulo, con mala evolución al tratamiento convencional y cuando existan antecedentes de contacto con ganado. Esta producida por virus del género poxvirus y evoluciona hacia la completa resolución de las lesiones en unas semanas.

## P-030

## DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19

Román, L.; Hernández Castellano, M.D.C.;  
Martínez Roig, A.; López Segura, N.  
Hospital del Mar, Barcelona

**Introducción:** La infección por parvovirus B19 tiene una distribución mundial, predominantemente en primavera. Su capacidad replicativa se basa en el especial tropismo por los precursores de células sanguíneas en la médula ósea.

Se presentan una serie de casos clínicos de infección por parvovirus entre los meses de mayo y julio de 2015 en el servicio de pediatría, en pacientes de diferentes edades y con diversas manifestaciones clínicas.

**Material y métodos:**

Caso 1: adolescente de 15 años con fiebre, enantema y exantema petequial en manos y pies.

Caso 2: adolescente de 12 años con exantema petequial en tronco y parte proximal de extremidades. Presentó neutropenia y trombopenia.

Caso 3: niña de 8 años con fiebre, tumoración lingual dolorosa y dolor abdominal. Presentó neutropenia severa.

Caso 4: lactante varón de 6 semanas con fiebre y exantema micromaculopapular en tronco. Presentó trombocitopenia severa.

**Resultados:** Los cuatro casos mostraron serología IgM positiva para parvovirus. Los pacientes con citopenias fueron ingresados para observación, con recuperación espontánea en pocos días de la estirpe celular afectada.

**Conclusión:** Todos fueron remitidos desde servicios de atención primaria, por lo que se trata de una infección prevalente que se debe tener en cuenta, debido al riesgo de inmunodepresión capaz de generar.

## P-031

## ENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Lecumberri Ruiz, A.; Villarin Sevilla, F.  
Fuengirola Oeste, Fuengirola

El mycoplasma pneumoniae es una causa frecuente de neumonía adquirida en la comunidad en niños entre 3 y 15 años. La clínica predominante es respiratoria y en la mayoría de las ocasiones responden bien a tratamiento extrahospitalario, presentando una tasa de ingresos hospitalarios baja.

En un 25% de las ocasiones existe afectación extrarrespiratoria: cutánea, artritis, hepatitis, y en un porcentaje bajo, afectación neurológica.

Presentamos el caso de un niño que en el curso de una neumonía por mycoplasma desarrolló una encefalitis.

## P-032

## FIEBRE TROPICAL SIN SALIR DE UN PUEBLO DE ESPAÑA

Verástegui Martínez, C.; Sancho, M.L.; Laliena, S.;  
Sagarra, D.; Miguel, G.; Ciria, L.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La Fiebre tifoidea es una enfermedad sistémica cuyo agente etiológico es Salmonella typhi. Con la potabilización del agua y el alcantarillado, ha dejado de ser endémica en el mundo desarrollado. En España se han declarado 7 -80 casos anuales entre 2000-2012, la mayoría en viajeros a países endémicos.

**Caso clínico:** Niña de 13 años, española, sin antecedentes de viajes al extranjero, con fiebre (máxima 39.5°C) de 5 días de evolución sin otra sintomatología. Radiografía de tórax, analíticas de sangre y orina sin hallazgos significativos. En hemocultivo se aísla S.typhi. Ante diagnóstico de fiebre tifoidea, se inicia tratamiento antibiótico con Cefotaxima intravenosa, con evolución clínica favorable.

**Conclusiones:** Pese a la baja incidencia en países desarrollados, la fiebre tifoidea debe incluirse en el diagnóstico diferencial del síndrome febril en niños con antecedente de estancia en países endémicos. La única forma diagnóstica en niños con baja sospecha clínica es su aislamiento en hemocultivo. La antibioterapia precoz reduce su morbimortalidad. El desarrollo de cepas multiresistentes a antibióticos habituales (amoxicilina, trimetoprim-sulfametoxazol o cloranfenicol) ha requerido el empleo de cefalosporinas de 3ª generación, y hace que sea fundamental el antibiograma. La vacuna tífica puede reducir el riesgo de enfermedad en aquellos expuestos a S. typhi.

## P-033

**COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE NEUMONÍA CAUSADA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE**

Laliena Aznar, S.; Sancho Rodríguez, M.L.; Verastegui Martínez, C.; Justa Roldán, M.L.; Castillo Lahíta, J.A.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es una glomerulopatía causada por inmunocomplejos, desencadenada por múltiples gérmenes.

Presentamos un niño de 4 años que inicia hematuria macroscópica de coloración oscura, con tensiones arteriales normales, en contexto de febrícula y tos de 6 días de evolución tratada con amoxicilina. En analítica sanguínea destaca una disminución de C3 de 34'1 mg/dl, con normalidad de C4 y del resto de parámetros. El análisis de orina muestra 40% de hematíes anormales. La ecografía renovesical fue normal. Ante persistencia de cuadro respiratorio durante 15 días, se realiza radiografía torácica que muestra consolidación en lóbulo inferior izquierdo. Las serologías resultaron positivas para *Mycoplasma pneumoniae* IgM. Se inicia azitromicina y se diagnostica de GNAPI secundaria a infección por *M.pneumoniae*. Durante seguimiento presenta buena evolución y normalización de C3, sin presentar nuevos episodios de hematuria.

La GNAPI consiste en inflamación glomerular de base inmunológica. La etiología más frecuente es la estestreptocócica, encontrando a *M.pneumoniae* entre los posibles agentes etiológicos. La clínica es variable, desde formas asintomáticas a rápidamente progresivas, siendo la más frecuente el síndrome nefrítico. El diagnóstico es clínico y analítico, se trata con restricción hidrosalina y diuréticos si se precisan. La evolución suele ser favorable, con resolución progresiva.

## P-034

**UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Real Del Valle, C.; Carbonero Celis, M.J.  
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

**Introducción:** La procalcitonina tiene una rápida inducción detectándose de 2-3 horas, pico a las 6 horas y vida media de 24 a 25 horas. Se produce principalmente durante infecciones bacterianas graves.

**Método:** Estudio observacional retrospectivo de las PCT solicitadas en los últimos 12 meses en el área de Urgencias de nuestro hospital entre niños de 29 días a 14 años.

**Resultados:** Analizamos 157 peticiones de PCT. Los parámetros analizados fueron sexo, edad, estado de vacunación, temperatura, evolución de la fiebre, parámetros analíticos y diagnósticos al alta. La recogida de los valores de PCT en función del tiempo de evolución de la fiebre (tabla 1):

	TOTAL	MEDIA	SRIS (< 0.5)	ZONA GRIS (0,5 -1,9)	SEPSIS (2 - 10)	SEPSIS GRAVE (> 10)
PCT < 12 HORAS	98 (62,4%)	1,1755102	72	17	8	2
PCT 12-24	36 (22,92 %)	1,11944444	22	8	5	1
PCT > 24 horas	23 (14,59%)	1,23333333	13	7	3	0
TOTAL	157		107	32	16	3
PORCENTAJE DEL TOTAL			68,10%	20,38%	10,19%	1,91%

**Conclusiones:** La petición precoz de procalcitonina permite detectar infecciones bacterianas graves, sobre todo cuando el tiempo de evolución de la fiebre es de menos de 12 horas.

## P-035

**ESCABIOSIS: ¿SIEMPRE TAN FÁCIL DE DIAGNOSTICAR?**

Villarín Sevilla, F.; Lecumberri Ruiz, A.  
Fuengirola Oeste, Fuengirola

Las erupciones cutáneas pruriginosas son una causa frecuente de consulta en pediatría. Dentro del diagnóstico diferencial de éstas, hay que tener en consideración las infecciones parasitarias, como la escabiosis, que ha aumentado su incidencia en los últimos años, debido entre otros factores al cambio poblacional.

En ocasiones el diagnóstico de la escabiosis puede ser complicado, por presentar características clínicas que nos plantean el diagnóstico diferencial con el prurigo, infecciones víricas o bacterianas, dermatitis atópica.

Presentamos tres casos clínicos de escabiosis con diferentes formas de presentación.

## P-036

**PRURITO GENERALIZADO FAMILIAR. ¿QUÉ DEBEMOS SOSPECHAR?**

Laliena Aznar, S.; Corella Aznar, E.; Baranguán Castro, M.L.; Sancho Rodríguez, M.L.; Verastegui Martínez, C.; Campos Calleja, C.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

La escabiosis es una ectoparasitosis producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, adquirida por contacto directo de piel con piel.

Dos hermanos de 6 años de origen caucásico consultan en invierno por exantema generalizado de 1 mes evolución, muy pruriginoso, que ocasiona gran irritabilidad y alteraciones del sueño. No presentan síntomas acompañantes. No refieren viajes, ni animales en domicilio, ni clínica similar en otros convivientes. A la exploración destacan lesiones eritematopapulosas en pliegues poplíteos, nalgas y región axilar acompañadas de lesiones nodulares costrosas de 2-3 mm diámetro con intensa eccematización en dorso de mano. Ante la sospecha de escabiosis tanto la niña como los convivientes fueron tratados con crema de permetrina al 5% con resolución de las lesiones.

La escabiosis es un problema frecuente de salud pública, con una verdadera incidencia desconocida puesto que con frecuencia es difícil de descubrir y diagnosticar. Actualmente son frecuentes los diagnósticos en pacientes caucásicos sin condiciones de pobreza. Es importante una alta sospecha diagnóstica, ante lo cual se debe tratar, ya que la población pediátrica puede ser un vector de transmisión en guarderías y colegios.



P-037

**ESCABIOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Meleiro Pascual, R.; Moreno, M.; Pérez Borrego, E.;  
Muñoz Ruiz, V.; Romero, S.; Marques Rodriguez, R.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Niña de 8 años que acude a su pediatra por presentar lesiones cutáneas pruriginosas en axilas, ingles, manos y pies de dos semanas de evolución.

**Antecedentes personales:** Dermatitis atópica, sin otros de interés.

La exploración física evidencia pápulas y placas eritematodescamativas, no exudativas, excoriaciones puntiformes y erosiones tras rascado de predominio en pliegues descritos, muñecas y dorso de pies. No hay afectación craneofacial. En los espacios interdigitales, se observan lesiones lineales de hasta 15 mm con piel circundante sobreelevada; en metacarpo, lesiones papulonodulares semiesféricas.

Reinterrogando, el prurito impresiona de mayor intensidad nocturna, interrumpiendo el sueño.

Ningún otro conviviente afectado.

Se sospecha escabiosis y se prescribe tratamiento tópico con permetrina al 5%, medidas higiénicas y profilaxis en convivientes. Evolución favorable con resolución del cuadro.

**Conclusiones:** La escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei hominis*, se transmite por contacto íntimo persona-persona y se caracteriza por intenso prurito de predominio nocturno. Su incidencia sufre aumentos cíclicos cada aproximadamente 15 años. Su aparición se relaciona con condiciones higiénico-sociales desfavorables, y su expresión clínica con la respuesta inmune a la infección. El diagnóstico es eminentemente clínico y el tratamiento se basa en el uso de escabicidas y en extremar medidas profilácticas.

P-038

**INFECCIONES CUTÁNEAS MENORES POR  
STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN-RESISTENTE  
(SAMR) ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD:  
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Moreno Ortega, M.; Pérez Borrego, E.; García Ruiz Santa  
Quiteria, M.I.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Paciente de 2 años que acude por lesión supurativa en cara anterior tibial desde hace 48 horas, con halo eritematoso e indurado, celulitis perilesional y fiebre. La familia lo atribuye a una mordedura de araña, no evidenciada.

AP: Bien vacunado. Sin antecedentes de interés salvo regreso hace 4 días de República Dominicana.

Exploración: excelente estado general. Tumefacción en cara pretibial izquierda dolorosa, caliente y eritematosa con vesícula central supurativa. No otros hallazgos.

En hospital se realiza drenaje, obteniéndose material purulento para cultivo. Se cursa analítica sanguínea y se instaura antibioterapia empírica oral. A las 24 horas, afebril, con mejoría significativa del aspecto de la lesión. Tras conocer el aislamiento de SAMR, se dirige antibioterapia, con posterior resolución clínica.

**Conclusión:**

- La infección por SAMR se debe incluir en diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas con dermonecrosis central, siendo semejantes a las producidas por mordedura de araña, en regiones con importante prevalen-

cia de SAMR comunitarios.

- Son causantes de infección en pacientes inmunocompetentes.
- La incisión y drenaje constituye una opción terapéutica de primera línea; existiendo estudios que demuestran su eficacia como tratamiento único sin antibioterapia adyuvante- en abscesos cutáneos y de tejidos blandos inferiores a 5 cm producidos por este microorganismo.

**GRUPO 5**

P-039

**CRISIS COMICIAL... ¿SIEMPRE ES EPILEPSIA?**

Placido Paías, R. <sup>(1)</sup>; Márquez Armenteros, A.M. <sup>(2)</sup>;  
Grande Tejada, A.M. <sup>(2)</sup>  
<sup>(1)</sup> Hospital de Mérida, Mérida;  
<sup>(2)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz

Ante una crisis comicial, además de la epilepsia es fundamental pensar en otras causas como hipoxia, síncope cardíacos, hipoglucemias y otras metabopatías.

Presentamos el caso de una lactante de tres meses que, concomitante con una bronquiolitis, presentó un episodio de hipertonia con revulsión ocular de 2 minutos de duración y cede al ponerle al pecho. A las 48 horas, con 2-3 horas de ayunas, se repite un episodio similar que cede espontáneamente quedando postcrítica durante 10 minutos. Ingres para estudio permaneciendo 3 días asintomática. En la bioquímica destaca GOT 227UI/L, GPT 209UI/L, CPK 335UI/L y triglicéridos 628 mg/dl, con el resto de las pruebas normales.

A los 6 meses, ante la persistencia de las alteraciones analíticas y la sospecha de glucogenosis se deriva a nuestra Unidad de Metabopatías. Estando asintomática se detecta hepatomegalia e hipoglucemia (33mg/dl), sin hiperuricemia. La sobrecarga de glucosa para lactato, prueba de glucagón en ayuno, biopsia hepática y valoración cardiológica apuntan a una glucogenosis tipo III con miocardiopatía hipertrófica simétrica concéntrica confirmada genéticamente con 2 mutaciones nuevas severas en el gen AGL.

Se pautan medidas nutricionales y propranolol oral.

Esta entidad se debe al déficit de amilo-1-6-glucosidasa, conllevando al depósito de glucógeno en hígado y músculo.

P-040

**CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMO ETIOLOGÍA  
DE FALLO DE MEDRO**

García Domínguez, M. <sup>(1)</sup>; Coronel Rodríguez, C. <sup>(2)</sup>; Begara De La Fuente, M. <sup>(3)</sup>; Chulián Cruz, R. <sup>(4)</sup>; García Ruiz-Santa Quiteria, M.I. <sup>(1)</sup>; Moreno Ortega, M. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>(2)</sup> Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla; <sup>(3)</sup> Centro de salud Amante Laffón, Sevilla; <sup>(4)</sup> Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

**Introducción:** El mecanismo fisiopatológico del fallo de medro representa un reto para el Pediatra de Atención Primaria. Nuestro propósito es describir un caso de etiología orgánica infrecuente, la cardiopatía congénita.

**Caso clínico:** Neonato varón, nacido a término con peso adecuado para edad gestacional (2740 gramos, 49 cm longitud, 32'5 cm perímetro craneal), alimentado con lactancia materna exclusiva. Consulta repetidas veces con su Pediatra

por rechazo de tomas y llanto. Exploración física normal. Se sospecha cólico/meteorismo. Dos semanas después persiste clínica y se objetiva pérdida ponderal de 200 gramos. Se piensa en enfermedad por reflujo gastroesofágico con ingesta insuficiente, sin mejorar tras tratamiento sintomático ni suplementación con fórmula de inicio que rechaza y vomita, por lo que se sospecha alergia a proteína vacuna, pero no mejora con fórmula hidrolizada. Se deriva a hospital y no se hallan alteraciones en analítica completa, gasometría, hemocultivo, ecografía cerebral-abdominal y sedimento de orina.

Tras objetivar desaturaciones con las tomas, en ecocardiografía se detecta estenosis-hipoplasia de arteria pulmonar derecha con colaterales sistémico-pulmonares.

#### Conclusiones:

- El fallo de medro es una entidad plurietiológica. Entre ellas, aunque infrecuente, se encuentra la cardiopatía congénita.
- Destacar la importancia de la Atención Primaria en la detección/manejo etiológico del fallo de medro, y su diagnóstico diferencial.

#### P-041

### IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL

García-Navas Núñez, D.; Barros García, P.; Tort Cartró, C.; Vera Torres, M.; Izquierdo Martín, A.; Llanos Alonso, N.; Muñoz Pérez, S.; Hernández Martín, R.; Alonso Cabezas, M.J.; López Rodríguez, M.J.  
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

El Divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente, causada por la obliteración incompleta del conducto vitelino durante el desarrollo embriológico. Su prevalencia es del 2%, predominando en varones. Cursa con episodios de sangrado rectal indoloro, siendo masivos provocando inestabilidad hemodinámica o mínimos y repetidos. Su diagnóstico se realiza con gammagrafía digestiva (GD), con el inconveniente de que no todos ellos son detectados, recurriendo entonces a laparotomía. Su tratamiento es quirúrgico, con buen pronóstico.

**Caso clínico:** Lactante varón de 9 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por primer episodio de deposición abundante con sangre roja. Afebril. Palidez y decaimiento, sin otra sintomatología. En exploración física destaca palidez cutáneo-mucosa, taquicardia rítmica y tacto rectal con dedil manchado de sangre. Ecografía abdominal: no imagen sugestiva de invaginación. Hemoglobina 9.7 g/dl, Hto 28.5%. Ante sospecha de DM se realiza GD resultando normal. Requiere transfusión de hemoderivados por repetición de la clínica. Se realiza segunda GD objetivándose mucosa gástrica intestinal. Evolución favorable tras resección quirúrgica.

**Conclusiones:** El sangrado reciente puede ulcerar la mucosa gástrica dando lugar a falsos negativos, como en nuestro paciente, dificultando el diagnóstico y retrasando el tratamiento. Por ello, ante sospecha alta, se debe repetir estudio.

#### P-042

### RAQUITISMO: ¿PATOLOGÍA EMERGENTE?

Valcarce Pérez, I.; López Santiveri, A.; Balaguer Martínez, J.V.; Morejón Salvador, M.; Esquivel Ojeda, J.N.; Pallarés Sancho-Tello, A.; Arbizu Urdiain, P.; Hernández Gil, A.  
Sant Ildefons, Cornella Llobregat

**Introducción:** El raquitismo es una entidad que había desaparecido en nuestro medio, pero con la llegada de población inmigrante es un diagnóstico a considerar.

**Caso 1:** Niño 19 meses. Origen paquistaní. Barrera idiomática. Lactancia materna hasta los 5 meses. En control de salud se detecta genu varo importante. Radiografía de muñeca: metafisis en copa y desflecamiento. Analítica: Calcio=9,2mg/dl; P=5mg/dl; fosfatasas alcalinas=425; PTH=40,3pmol/L; Vitamina D=9,3ng/l.

**Caso 2:** Niño 19 meses. Origen marroquí. Barrera idiomática. Lactancia materna exclusiva 6 meses. En control del niño sano de detecta tibias en varo. Radiografía de muñeca: desflecamiento y metafisis en copa. Analítica: Calcio=9,1mg/dl; P=4,6mg/dl; fosfatasas alcalinas=566; PTH=30,7pmol/L; Vitamina D=7,7ng/l.

**Caso 3:** Niña de 24 meses. Origen marroquí. Barrera idiomática. Lactancia materna exclusiva 5 meses. Mal vacunada, seguimiento irregular de revisiones. En control de salud se detecta genu varo. Radiografía de muñeca: desflecamiento importante y metafisis en copa. Analítica: Calcio=10,3mg/dl; P=5,5mg/dl; fosfatasas alcalinas=642; PTH=11,2pmol/L; Vitamina D=6,1ng/l.

**Conclusiones:** Las revisiones son una oportunidad para el despistaje del raquitismo. El genu varo nos debe hacer sospecharlo. A partir de los 3 casos detectados hemos decidido implementar la profilaxis con vitamina D en niños inmigrantes de piel oscura desde el nacimiento aunque nuestro hospital de referencia no la pautó.

#### P-043

### SÍNDROME DE PLUMMER VINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mercadal Hally, M.M.<sup>(1)</sup>; Vila Miravet, V.<sup>(2)</sup>; Ruiz Hernández, C.J.<sup>(2)</sup>; Álvarez Sánchez, A.<sup>(1)</sup>; Molera Busoms, C.<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Hospital del Mar, Barcelona; <sup>(2)</sup>Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

**Anamnesis y exploración física:** Varón de 13 años de edad derivado desde el CAP por disfagia a sólidos desde los 5 años con episodios de atragantamiento y anemia ferropénica refractaria a tratamiento. No refiere antecedentes patológicos de interés. A la exploración física destaca retraso pondoestatural.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica sanguínea destaca Hb 8,1 g/dl, VCM 52 fl, HCM 15.1 pg, ferritina 2 ng/ml y IgA transglutaminasa negativos.

Se realiza esofagoscopia flexible observando área de estenosis eritematosa con un pliegue mucoso friable. Posteriormente se realiza esofagoscopia rígida para realizar dilatación. Se toman muestras para biopsia que resultan normales. Presenta resolución posterior de la clínica de disfagia.

**Conclusiones:** El Síndrome de Plummer-Vinson (SPV) se caracteriza por la tríada de disfagia, anemia ferropénica y membrana esofágica alta. Ante un paciente con anemia ferropénica refractaria a tratamiento, es preciso ampliar el estudio y tener presentes síntomas como disfagia o retraso ponderal.

La mayoría responden al tratamiento con hierro y algunos casos precisan de dilataciones esofágicas. Es importante el diagnóstico precoz de SPV dado que se asocia a carcinoma de células escamosas de faringe y esófago. Por ello se recomienda seguimiento estrecho por especialista y endoscopia anual.

#### P-044

##### DIETA DE EXCLUSIÓN Y CETOACIDOSIS NO DIABÉTICA, ¿ES BUENA LA COMUNICACIÓN?

Araujo García, T. <sup>(1)</sup>; Tort Cartró, C. <sup>(2)</sup>; Pascual Moreno, P. <sup>(1)</sup>; Vera Torres, M. <sup>(1)</sup>; García Jiménez, J.L. <sup>(3)</sup>; González De Buitrago Amigo, J.F. <sup>(1)</sup>; García-Navas Núñez, D. <sup>(1)</sup>; Muñoz Pérez, S. <sup>(1)</sup>; Llanos Alonso, N. <sup>(1)</sup>; González García, A. <sup>(1)</sup>; Camarena Pavon, N. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres; <sup>(2)</sup> Hospital Residència Sant Camil. Consorci Sanitari de Garraf, Sant Pere de Ribes; <sup>(3)</sup> Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral de la Mata

**Introducción:** Diarrea y cetoacidosis diabética son causas de acidosis metabólica, pero no debemos olvidar otras situaciones. Para plantear diagnóstico diferencial y etiología debemos determinar anion gap (AG), glucemia y cetonemia.

El test Hidrógeno espirado (TH2) permite diagnosticar intolerancia a lactosa, evitamos falsos positivos retirando la lactosa previamente.

**Caso:** Niño de 6 años, con vómitos incoercibles de unas horas. Peso previo: 20Kg.

**Exploración:** Peso: 18,5Kg (-7,5%), TA 96/42mmHg, FC 100lpm. Regular estado general, decaído, mucosas secas. Resto normal. **Procesos terapéuticos:** Deshidratación moderada-grave. Se canaliza vía venosa, solicitando gases: pH 7.08, pCO<sub>2</sub> 28, HCO<sub>3</sub> 8.6, EB -20, cetonemia: 6,6 mmol/L, glucemia: 66 mg/dL, analítica general (normal); Na 136 mmol/L, Cl 100 mmol/L, AG: 27.4 mEq/L (VN: 12+/-4). Expansión con suero bicarbonatado. Rehistoriamos a la familia, refieren una dieta a base de carne y pescado, retirando leche y harinas como preparación para TH2 solicitado por su Pediatra (sospecha intolerancia a lactosa). Corrección de acidosis con suero glucobicarbonatado, normalización en 12-24 horas. **Diagnóstico:** Cetoacidosis metabólica grave por falta de aporte de carbohidratos.

**Comentarios:** Resaltar la importancia de la anamnesis para un correcto diagnóstico. Debemos transmitir las pautas a los padres de manera concisa. Las dietas de exclusión deben hacerse de manera equilibrada y controlada.

#### P-045

##### SÍNDROME DE ALAGILLE COMO CAUSA DE COLESTASIS EN EL PERIODO NEONATAL

Cano Sciarriotta, R.; Benavides Nieto, M.; Agámez, S.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** El síndrome de Alagille es una patología polimalformativa caracterizada por colestasis con escasez de conductos biliares intrahepáticos asociado a alteraciones cardíacas (estenosis periférica de ramas pulmonares), vertebrales ("vértebras en mariposa"), oculares (embriotoxon posterior) y fascies sindrómica. Es una patología muy poco frecuente y con herencia autosómica dominante.

##### Descripción del caso:

Anamnesis: Neonato que presenta colestasis y hepatomegalia congénita. Embarazo sin incidencias. Nacido a término.

Sin antecedentes familiares de interés.

Exploración clínica: Buen estado general. Coloración icterica. Hipertelorismo y frente prominente. Soplo sistólico I/VI. Hepatomegalia 2 cm bajo reborde costal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Bioquímica: GOT: 295 mU/L.GGT9949 mU/L,GPT: 186 mU/L, FA: 514 mu/L, Bilirrubina Total: 6,53 mg/dl y BDirecta: 5,96 mg/dl Colesterol: 288mg/dl (HDL: 10 mg/dl, LDL: 234 mg/dl).Índice aterogénico: 23,4 TG: 222mg/dl.Ac biliares en sangre: 11,6 mcmol/L. Serologías negativas.

- Radiografía de rodillas y de columna: No calcificaciones ni alteración de cuerpos vertebrales.

- Valoración oftalmológica compatible con embriotoxon bilateral.

- Ecocardiografía: Rama pulmonar izquierda hipoplásica (Z=-4).

- Estudio genético Sd de Alagille (mutación JAG1 y NOTCH2): positivo.

- Biopsia hepática: escasez de conductos hepáticos.

##### Conclusiones:

- El Síndrome de Alagille es una patología poco frecuente caracterizada por colestasis y alteraciones cardíacas, oftalmológicas y/o vertebrales.

- Ha de considerarse esta patología dentro del diagnóstico diferencial de colestasis neonatal.

#### P-046

##### ESTADO NUTRICIONAL Y FUNCIÓN MOTORA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN UN HOSPITAL REGIONAL ESPAÑOL

Rivero De La Rosa, M.D.C.; Molina Martínez, V.; Sánchez Castilla, M.A.; Martínez, Z.; Murillo Murillo, M.; Díaz Borrego, P.; Argüelles Martín, F.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Objetivos:** Describir la situación nutricional, y presencia de trastornos deglutorios en pacientes con PCI.

**Material/métodos:** Estudio descriptivo, transversal de una muestra de 36 pacientes diagnosticados de PCI seguidos en la Unidad de Rehabilitación infantil en el último año. Recopilamos datos demográficos, datos nutricionales y datos de seguimiento en consulta de Disfagia y Nutrición infantil.

**Resultados:** Muestra de 36 pacientes seguidos en Rehabilitación infantil, de los cuales, 16 pacientes son seguidos en la unidad de Nutrición infantil. La alteración neurológica más frecuente fue la tetraplejia espástica (51,4%). El 34% del total de pacientes tenían un percentil 50 para peso y talla; este porcentaje se reduce al 25% en los pacientes seguidos en nutrición; EL 22,9% del total fueron clasificados según el índice de Waterlow (IW), como desnutrición moderada-severa (IW≤80). De los seguidos en nutrición, el 50% presentaba un IW normal, encontrando un 25% de pacientes clasificados como desnutrición moderada-severa. El 43,7% de los pacientes seguidos en nutrición estaban alimentados por gastrostomía endoscópica percutánea. El 80.5% eran evaluados en consulta de Disfagia. De los seguidos en Nutrición, el 25% presentaban trastornos deglutorios y seguimiento en Disfagia, encontrando en estos pacientes una mejor situación nutricional. Observándose una asociación significativa (p<0,05) entre el tipo de PC, IMC, IW y seguimiento en Unidad de Disfagia.

**Conclusiones:** Los niños con PCI suelen presentar alte-

raciones nutricionales, parece beneficioso que sean evaluados en consultas de nutrición; aquellos evaluados Nutrición fueron aquellos que presentaban peor situación nutricional, beneficiándose del seguimiento. Parece importante el seguimiento de los pacientes con trastornos deglutorios por la Unidad de Disfagia.

## P-047

## LA APENDAGITIS EPILOICA

Trastoy Quintela, J.; Caamaño Viña, F.; Graña Silva, F.; Saborido Fiaño, R.; Rivero Calle, I.; Cutrin Prieto, J.M.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,  
Santiago de Compostela

La apendagitis epiloica es un proceso benigno infrecuente en niños. Consiste en la inflamación de un apéndice epiloico del tejido adiposo colónico, tras la torsión o trombosis de su pedículo vascular produciendo dolor abdominal agudo. Caso clínico: Varón de 11 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 14 días de evolución, sin fiebre, náuseas, vómitos ni diarrea acompañante. En la exploración abdominal destacaba una zona empastada dolorosa a la palpación en región infraumbilical izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Tras estudios analíticos normales, la ecografía abdominal reveló una lesión hiperecoica avascular rodeada de un anillo hipoeicoico en la región referida como dolorosa, compatible con apendagitis epiloica. Dada la escasa mejoría tras 7 días de tratamiento conservador con ibuprofeno oral, se realizó TAC abdominal que excluyó otras causas de dolor abdominal agudo y observó signos inflamatorios en grasa del peritoneo adyacente al punto de mayor dolor. Se ingresó estableciéndose reposo absoluto e ibuprofeno oral, observándose resolución de la clínica en 72 horas. Conclusiones: El reposo absoluto es fundamental en el manejo conservador de la apendagitis epiloica. Dicha entidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo en edad pediátrica, evitándose antibioterapia y laparotomías exploratorias innecesarias.

## GRUPO 6

## P-048

## CAMINANDO HACIA UNA IDENTIDAD SEXUAL SENTIDA

Pulido Bosch, M.R.; Zafra Ramírez, N.  
Centro de Salud El Valle, Jaén

Adolescente mujer de 13 años cuya madre consulta desde pequeña por alteraciones conductuales (insomnio, tricotilomanía, balanceos, hiporexia, inestabilidad emocional, amenazas autolesivas...) que conllevan agresividad en medio familiar y fracaso escolar.

Embarazo y parto normales. Desde recién nacida irritable, dormía mal. Actitud negativista, opositora e impulsiva. Expresa deseos de ser chico y viste como tal. Valorada por neuropediatra y seguida por Psiquiatría Infantil (USMI) desde los 5 años hasta actualmente. Exploración física anodina. WISC-IV (CI 85). Analítica con perfil hormonal, cariotipo (46,XX), RMN y EEG normales.

Padres separados. Vive con madre y abuela materna. Relación paternal distante. Antecedentes familiares psiquiátricos (suicidios).

**Diagnóstico:** Disforia de género (Código DSM-V F64).

Previamente TDAH, Trastorno espectro autista, trastorno negativista-desafiante.

Abordaje biopsicosocial individual-familiar. Tratamiento psicoeducativo y farmacológico. Compromisos para nueva orientación sexual (cambia de nombre y familia empieza a tratarlo como tal). Proponen cambio de instituto e integración en grupos de apoyo escolar. Desde USMI contactan con Asociación Chrysalis (familias de menores transexuales). Mejora conducta, sueño y apetito.

Es fundamental apoyar y orientar al menor hasta la mayoría de edad cuando, pese al sorteo genético de asignación sexual, tiene una identidad sentida y vivenciada no correspondida. Desde Atención Primaria, el Pediatra y en un futuro el Médico de Familia, pueden llevar el seguimiento y atención personal-sociofamiliar que un adolescente requiere; será un abordaje extenso, complejo e individualizado.

## P-049

## REVISIÓN DE CASOS DE DIABETES TIPO MODY EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Pascual Moreno, P.; González De Buitrago Amigo, J.; Tort Cartró, C.; Vera Torres, M.; García-Navas Núñez, D.; Llanos Alonso, N.; Muñoz Pérez, S.; Araujo García, T.; González García, A.; Camarena Pavón, N.  
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

**Introducción:** El hallazgo casual de hiperglucemia en consultas de Atención Primaria implica un estudio exhaustivo. Una etiología posible de hiperglucemia leve-moderada es la diabetes mellitus tipo MODY, una enfermedad monogénica caracterizada por disfunción de la célula  $\beta$ .

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con dicha patología en seguimiento en la consulta de Endocrinología Pediátrica.

**Resultados:** Presentamos un total de 11 casos, 7 varones y 4 mujeres, de edades entre 19 meses y 12 años al diagnóstico, derivados por alteración de la glucemia en ayunas (AGA) en 8 casos y en 3 casos por diagnóstico familiar. En todos existen antecedentes de AGA en algún progenitor. La sobrecarga oral de glucosa objetivó criterios de diabetes en 2 pacientes y de intolerancia en 4. En todos se demostró una mutación en el gen de la glucocinasa. El tratamiento con consejo dietético y ejercicio fue suficiente, manteniendo cifras de HbA1c entre 5,7-7,1%.

**Conclusiones:** Una adecuada anamnesis buscando un patrón de herencia compatible es imprescindible para el diagnóstico.

En la infancia, la forma más frecuentemente diagnosticada es la MODY 2.

La importancia del diagnóstico radica en evitar tratamientos crónicos e innecesarios en estos pacientes.

## P-050

## LESIONES AMPOLLOSAS EN UNA ADOLESCENTE: DERMATOSIS ARTEFACTA

Hernández Castellano, M.D.C.; Román Eyo, L.; López Segura, N.; Bonet Alcaína, M.; Martínez Roig, A.  
Hospital del Mar, Barcelona

Adolescente de 14 años con lesiones ampollas, la mayoría sin desencadenante previo, de dos meses de evolución. Según consta en cursos clínicos de primaria: lesiones y que-



maduras de 3 años de evolución.

Durante sus dos ingresos presenta hasta doce lesiones, las más importantes en brazo derecho y rodilla izquierda, de morfología parecida, que inicialmente se presentan como eritematosas y calientes, evolucionando a grandes ampollas o vesículas y presentando halo blanquecino periférico. Todas las lesiones se encuentran en zonas accesibles por la paciente.

Procedimientos: análisis de sangre, estudio de porfirinas, radiografía de rodilla y dos biopsias cutáneas con inmunofluorescencia; resultando todo normal.

Una vez realizadas todas las pruebas diagnósticas con resultado negativo, y dada la forma y características de las lesiones (de formas simétricas, distribuidas en zonas de fácil acceso para la paciente...) se llega a la conclusión del carácter facticio de las mismas. Se realiza derivación a unidad especializada y actualmente la paciente se encuentra vinculada al CSMIJ. Es de vital importancia evitar la confrontación directa, sino que se debe informar a los familiares de la naturaleza de las lesiones, sin culpabilizar a la paciente y realizando una conducta multidisciplinar para conseguir la curación.

### P-051

#### REVISIÓN DE CASOS DE MALTRATO POR NEGLIGENCIA NO NEONATAL EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Fernández Peregrina, S.; Polo González, T.; Segura, F.; Yui Hifume, R.; Martín González, M.; Bonillo Perales, A.  
Hospital Torrecardenas, Almería

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de casos notificados de sospecha de maltrato por negligencia y/o omisión de cuidados en un hospital terciario (enero 2010-diciembre 2014).

**Resultados:** El MN supone el 26% del total de maltrato infantil detectados, notificándose 25 casos. La edad media fue de 4,51 años, siendo el 60% menores de 3 años. El 88% fueron comunicados desde el área de urgencias/hospitalización, el 12% desde consultas-externas. Fueron leves 32%, moderados: 40% y graves 28% de los casos. Requirieron ingreso hospitalario el 32%. El 12,6% requirieron >1 ingreso por negligencia parental. De los diagnósticos médicos al alta, el más frecuente fue enfermedad de base no controlada, seguido de intoxicación por drogas y 2 hermanos por intento de suicidio ampliado. En el 64% fueron sospechosos ambos progenitores, siendo más frecuente en parejas casadas/hecho seguido de separadas/divorciadas. Se confirmó el maltrato por negligencia en el 84%, pasando a cargo del Servicio de Protección de Menores el 28% de los niños@s.

**Conclusiones:** Probablemente se estén produciendo más casos de maltrato por negligencia leves o moderados no comunicados, que podrían detectarse con una historia minuciosa que incluya un registro de indicadores de riesgo de maltrato tanto en A.Primaria como Especializada, para facilitar, así, el diagnóstico.

### P-052

#### ACOSO ESCOLAR: PERCEPCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ALUMNO. ESTUDIO PILOTO

Morena Hinojosas, J.V.<sup>(1)</sup>; Gargallo Vaamonde, J.J.<sup>(2)</sup>; Gargallo García, L.<sup>(3)</sup>; Cobos, M.<sup>(2)</sup>; Maronda, L.<sup>(2)</sup>; Aloy, C.<sup>(4)</sup>  
<sup>(1)</sup> Centro Salud Puertollano II, Puertollano; <sup>(2)</sup> Facultad de Derecho. Universidad Valencia; <sup>(3)</sup> Centro Salud Almagro, Almagro; <sup>(4)</sup> Facultad de Derecho. Universidad Valencia, Valencia

**Objetivo:** El acoso escolar (bullying) es un fenómeno tan antiguo como la escuela; constituye un problema psicológico creciente en incidencia y aumenta el interés sobre su abordaje y prevención. Queremos validar una encuesta para jóvenes de 2º de ESO que permita conocer la dimensión del problema desde su punto de vista.

**Sujetos:** 60 alumnos de 2º de ESO de 2 Instituciones educativas (IE) con un entorno sociológico diferente de una gran ciudad.

**Método:** 10 preguntas referidas a situaciones percibidas de acoso (ignorar, marginar, insultar, amenazar, hablar mal, reírse, acoso sexual, agredir, esconderle cosas...), respeto mutuo alumnos-profesor, bandas, sentimiento de miedo, castigo por acoso, culpabilidad del acosado, relación con los compañeros, trato recíproco con los profesores y apoyo de padres o familiares ante los problemas.

**Resultados:** En la Institución Educativa de nivel social bajo es mayor la incidencia de situaciones de acoso ( $p < 0,001$ ), las malas relaciones con los profesores ( $p < 0,02$ ) y sentir miedo al ir al colegio ( $p < 0,001$ ). El conjunto de preguntas del test compendia de forma bastante completa la percepción del acoso por parte de los alumnos, y da idea de la dimensión del problema en cada IE.

### P-053

#### ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL BUEN TRATO INFANTIL

Cruz Quiros, J.G.<sup>(1)</sup>; Latorre Muro, I.<sup>(2)</sup>; Quiros Romero, F.<sup>(3)</sup>  
<sup>(1)</sup> Colegio Sant Bartolomé, Málaga; <sup>(2)</sup> UG interniveles Jaén; <sup>(3)</sup> UGC interniveles Jaén, Úbeda

**Introducción:** Abandonada la teoría "privatista" del menor, se obliga a los poderes públicos a velar por el bienestar y satisfacción de sus necesidades. La ley 20/11/2002 en este empeño propone un sistema de coordinación multidisciplinar que se concretiza en la formación de Comisiones Municipales Multidisciplinares. Hasta este momento muy escasas. Presentamos desde nuestra experiencia esquema práctico para su constitución.

**Objetivos:** Promover la creación de Comisiones Multidisciplinares Locales.

**Material y métodos:** Desde 2007 tenemos en la localidad de Úbeda la Comisión Municipal Multidisciplinaria del Buen trato infantil. Se constituyó en base a este

Esquema:

1. Lectura LEY 20/11/2002.
2. Concienciación y toma de iniciativa desde cualquier institución.
3. Contactar con las direcciones de cada institución explicando el proyecto.
- 4) Cada dirección nombra un representante.
- 5) Mediante acto oficial en el Ayuntamiento se constituye la Comisión.
6. El coordinador convoca con periodicidad variable las reuniones, que tratan los casos, a la vez que formaran en temas relacionados.



7. Se elabora informe anual.
8. Intervienen: Educación, Sanidad, Servicios Sociales, Policía local y Nacional, Juzgados.

**Conclusiones:**

1. La sencillez.
2. La eficacia, evitando duplicidades y victimización secundaria del menor.
3. El menor, como centro en este abordaje multidisciplinar, JUSTIFICAN y ANIMAN este pequeño empeño.

**P-054****HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN UN ADOLESCENTE CON OBESIDAD, UNA ENTIDAD QUE SE PUEDE PREVENIR**

Fraile Currius, R.; Peñalba Vidal, B.; Valls Arévalo, Á.V.; Jiménez Portilla, M.; Ramírez González, A.; Socatelli Castro, S.; Marín, J.; Tarazona Casany, I.  
Hospital Clínico Valencia, Valencia

**Objetivo:** Comunicar un caso de hipertensión intracranial idiopática en un adolescente con obesidad.

**Caso clínico:** Adolescente varón de 13 años ingresado por pérdida de visión y nuchalgia de 3 días de evolución. Antecedentes familiares: madre y hermano obesos. Antecedentes personales: recién nacido a término, peso nacimiento 3500 g. Seguimiento interrumpido en consultas de endocrinología y gastroenterología por obesidad, aumentando posteriormente 30 kg en 3 años. Exploración clínica: peso 97.5 kg, talla 163 cm, IMC 36.7 kg/m<sup>2</sup>, Tanner G2-3, P3, tensión arterial: 126/69 mmHg. Exploración neurológica normal. Agudeza visual y campimetría bilateral muy disminuida. Fondo de ojo: papiledema bilateral con hemorragias puntiformes. TAC y RM con contraste, sin alteraciones. Punción lumbar: citoquímica del líquido cefalorraquídeo normal, presión intracraneal > 50 cmH<sub>2</sub>O. Ante el diagnóstico de hipertensión intracraneal idiopática se realiza punción lumbar evacuadora y se inicia tratamiento con topiramato y dieta hipocalórica, con lo que durante su ingreso se aprecia pérdida de peso y se normalizan los niveles de presión intracraneal, mejorando la afectación oftalmológica. Actualmente, pérdida de 12 kg y clínicamente asintomático.

**Conclusión:** Insistir en la importancia de las medidas cardiosaludables y de prevención de la obesidad en los controles de salud que eviten complicaciones raras como la hipertensión intracraneal.

**P-055****HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR MONOGENICA**

García Gijón, C.P.; Arrabal Vela, M.A.; Raya Pérez, M.; Pascual Martín, M.; Palomo Atance, E.; García Cabezas, M.Á.  
HGUCR, Ciudad Real

**Introducción:** Como sabemos existe una creciente evidencia de que la dislipemia pediátrica, que cursa con niveles elevados de LDL, contribuye a la aterosclerosis prematura y el desarrollo temprano de la enfermedad cardiovascular.

**Caso clínico:** Varón de 3 años remitido por hipercolesterolemia. Desde el año de vida presenta cifras de colesterol máximo de 391 mg/dl con LDL-colesterol con valor máximo 308 mg/dl, Apolipoproteína B: 174 mg/dl. Apolipoproteína AI: 103 mg/dl y valores normales de HDL-colesterol y triglicéridos. Sin otros síntomas asociados. Cumple las normas

de alimentación y practica un grado de actividad física adecuado para su edad. Antecedentes personales sin interés. No antecedentes de dislipemias ni de enfermedad cardiovascular en la familia. Exploración física normal. Ante la sospecha de HFM, se indica continuar con normas de alimentación y ejercicio físico y se solicita estudio molecular del receptor LDL-c, resultando el paciente portador en heterocigosis de la mutación c.661-670dupGACTGCAAGG en el gen LDLR.

**Comentarios:** Con la finalidad de establecer un diagnóstico precoz y dar a conocer las complicaciones asociadas debemos recordar que un niño menor de 18 años con una concentración de colesterol total de 250 mg/dl y/o LDL de 200 mg/dl presenta un 88% de probabilidades de padecer una hipercolesterolemia familiar.

**GRUPO 7****P-056****DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE**

Guisado Rasco, M.C.<sup>(1)</sup>; González Soria, M.D.<sup>(2)</sup>; Begara De La Fuente, M.<sup>(2)</sup>; Contreras López, J.<sup>(3)</sup>; Coronel Rodríguez, C.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Mercedes Navarro, Sevilla; <sup>(2)</sup> Amante Laffón, Sevilla; <sup>(3)</sup> Hospital Infantil, Sevilla

Niño 7 años con dolor abdominal recurrente inespecífico y dorsalgia. Sin alteraciones digestivas ni urinarias. Exploración normal.

Análítica sangre, celiacuíta, alergias, parásitos, test de hidrógeno espirado: normales.

Derivación a traumatología: sin hallazgos de interés.

Derivación a digestivo, ecografía: Nefrolitiasis con dilatación. Derivación a nefrología. Orina 24h calciuria elevada, a los 6 meses control 8,4 mg/kg/día.

Tratamiento: Hidroclorotiazida, ingesta abundante de agua, de fibras, dieta baja en sal y restricción de lácteos.

La litiasis renal infantil es infrecuente aunque su incidencia real es desconocida está aumentando. Es importante por secuelas sobre el tracto urinario. La hipercalciuria es la causa más común y su etiología es multifactorial.

Diagnóstico: Sospecha clínica, pruebas de imagen, estudio metabólico.

El dolor es el síntoma guía, suele ser difuso o en fosa lumbar. Y la hematuria el síntoma asociado más común.

Otros: vómitos, náuseas, disuria y urgencia miccional, cuando el cálculo está en vejiga o uretra. En el lactante: irritabilidad, orina oscura, trastornos gastrointestinales, fiebre por infección urinaria.

**Conclusiones:** La litiasis renal aunque infrecuente en niños, debemos pensar en ello ante dolor abdominal recurrente. La tira de orina es una prueba complementaria a valorar ante dolor abdominal inespecífico.

Requiere seguimiento por las secuelas de osteopenia, malformaciones renales.

P-057

### CEFALEA SECUNDARIA A OTITIS MEDIA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

Vaquerizo Vaquerizo, V.; Izquierdo Martín, A.; Plácido Paías, R.; González Carracedo, M.J.; García Vázquez, J.; Portillo Márquez, M.; Real Terrón, R.; Piñán, E.  
Hospital de Mérida, Mérida

**Caso Clínico:** Paciente de 7 años, sin antecedentes de interés, con cefalea frontal opresiva, progresiva, irradiada a ojo derecho, de 3 días de evolución. No predominio horario, le despierta por la noche. En las últimas 24h presenta vómitos y diplopía binocular. Diagnosticado de otitis media aguda (OMA) 4 días antes, recibe tratamiento antibiótico. Afebril.

En la exploración sistemática por aparatos, no evidenciamos alteraciones, salvo tímpano derecho deslustrado, sin hallazgos clínicos de mastoiditis. No focalidad neurológica.

Solicitamos analítica y valoración oftalmológica; informan de papiledema bilateral.

Con la sospecha de Hipertensión intracraneal, solicitamos TAC y RMN. Muestran proceso inflamatorio sugestivo de absceso epidural.

Realizamos punción lumbar obteniendo una presión de apertura de 34cmH<sub>2</sub>O.

Diagnosticamos al paciente de HIC secundaria e iniciamos antibioterapia IV, con mejoría de la sintomatología.

**Conclusiones:** La antibioterapia ha generado un descenso de las complicaciones de la OMA. No obstante, debemos estar alerta ante determinados síntomas y signos. Las mastoiditis pueden ocurrir a pesar de tratamiento adecuado, tras aparente mejoría. El absceso epidural tiene una clínica bastante anodina y suele ser un hallazgo de la TC. Ante una cefalea durante la convalecencia de una OMA se debe pensar siempre en esta complicación.

P-058

### RETRASO PUBERAL Y CARIOTIPO 47XY DER X T (X:Y) (P22:Q11): UNA VARIANTE INFRECUENTE DE SÍNDROME DE KLINEFELTER

García Gijón, C.P.; Arrabal Vela, M.A.; Raya Pérez, M.; Pascual, M.; Palomo Atance, E.; García Cabezas, M.Á.  
HGUCR, Ciudad Real

**Introducción:** El síndrome de Klinefelter (SK) es la causa más frecuente de hipogonadismo hipergonadotropo en el varón. Frecuencia 1/660 recién nacidos. Las alteraciones estructurales del cromosoma X aparecen en <1% de todos los pacientes con poca expresividad clínica.

**Caso clínico:** Niño de 12 años y 5 meses remitido por micropene. Antecedentes sin interés. Exploración: pene estimado -3,1DE, testículos en bolsas de 3cc, talla normal y armónica, hipertelorismo sin otros rasgos dismórficos, no alteraciones psico-conductuales.

Estudio hormonal basal: LH 1,9mUI/ml, FSH 2,6mUI/ml y testosterona total 0,49ng/ml. Ante ausencia de signos de desarrollo puberal solicitamos test de LHRH por sospecha de hipogonadismo: LH a los 60 minutos 41,6mUI/ml y FSH 33,3mUI/ml, posteriormente test corto de beta-hCG: elevación testosterona a las 72 horas <2 veces, diagnosticándose de hipogonadismo hipergonadotropo. Tras ello solicitamos cariotipo: 47 cromosomas con translocación entre X-Y con punto de rotura Xp22-Yq11, diagnosticándose de SK. Con 13 años de edad ósea inducimos pubertad con enantato de tes-

tosterona con progresión del desarrollo genital y testicular.

**Discusión:** El SK con alteraciones estructurales del cromosoma X presenta una expresividad clínica menor, con talla normal y sin alteraciones psico-conductuales. Debemos tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con micropene y rasgos dismórficos menores.

P-059

### TUMEFACCIÓN FRONTAL, ¿SÓLO ES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

Torres Moreno, E. <sup>(1)</sup>; Bueno Bueno, A. <sup>(2)</sup>; Guzmán Cabrera, K. <sup>(2)</sup>; Fernández Mateo, M. <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> CAP Santa Margarida de Montbui, Santa Margarida de Montbui;

<sup>(2)</sup> Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada

**Anamnesis:** Niño de 12 años que presenta tumefacción frontal izquierda levemente dolorosa de 3 semanas de evolución que ha crecido después de traumatismo hace 48 horas, apareciendo posterior edema bpalpebral de predominio izquierdo.

No refieren cuadro catarral ni fiebre los días previos.

**Exploración clínica:** Tumefacción frontal izquierda de unos 4cm de diámetro, ligeramente dolorosa a la palpación, no móvil, de consistencia blanda y con leve hematoma superficial. Edema bpalpebral. No exoftalmos. Exploración neurológica sin alteraciones.

**Procedimientos diagnósticos:**

**Radiografía craneal:** Lesión osteolítica frontal izquierda de 3x3cm.

**Ecografía de partes blandas:** imagen sugestiva de edema y solución de continuidad en hueso frontal izquierdo.

**TAC craneal:** Lesión lítica en calota frontal izquierda (17x6mm) que compromete ambas corticales, asociando componente de partes blandas extracraneales (41x12mm).

**AP Biopsia:** Histiocitosis de células de Langerhans.

**Estudio extensión:** sin otros hallazgos patológicos, lo que confirma histiocitosis células de Langerhans localizada monostótica.

**Conclusiones:** La principal causa de tumefacción frontal en pediatría es la traumática. Este antecedente, muchas veces sobreevaluado, puede enmascarar otros diagnósticos.

Ante cualquier tumefacción frontal es necesario un diagnóstico diferencial amplio para descartar patologías menos frecuentes en pediatría (quiste dermoide, tumor de Pott, mucocele frontal, tumor maligno, sinus pericranii y pneumosinus dilatans).

P-060

### FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE EPILEPSIA EN UN NIÑO DE 12 AÑOS. A PROPÓSITO DE 1 CASO

MA Beneítez Lázaro

ABS Apenins Montigala. Badalona. Barcelona

Presentamos el caso de una niño de 12 años que acude a urgencias de hospital de referencia por el inicio de cefalea intensa++++ asociada a nauseas y malestar abdominal. Efectúa 2-3 vómitos y queda con una somnolencia posterior. SE orienta como GEA y se da de alta. Repite este episodio en 2 ocasiones más y en la última se acompaña la cefalea inicial de casomía.

Paciente adoptado en Costa Rica a los 9 meses sin antecedentes de interés. Desarrollo psicomotor N. Escolarización normal.

En la cuarta ocasión el paciente al llegar del colegio nota el inicio de la cefalea+cosmosia, efectúa 2 vómitos biliosos y se acuesta. Durante el sueño inicial realiza un cuadro de pérdida de conciencia con movimientos tonicoclónicos de ambas extremidades con relajación de esfínteres. La familia reacciona llamando a servicio de emergencias que confirma que la clínica ha sido de epilepsia típica.

EXpl complementarias. EEG N. EEG en sueño N. TAC craneal N.

Buena evolución con depakine a dosis adecuadas.

**Conclusiones:** 1. No siempre que faltan los movimientos tonicoclónicos hemos de dejar de pensar en epilepsia ante cuadros cíclicos de igual identidad. 2 La forma de presentación atípica de una epilepsia hemos de tenerla presente siempre.

### P-061

#### TELORRAGIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Llamas Quintana, G. <sup>(1)</sup>; Campo Aledo, S. <sup>(1)</sup>; Díaz, E. <sup>(1)</sup>; Colavita, C. <sup>(2)</sup>; Lorenzo, A. <sup>(3)</sup>; Fernández Mateo, M. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> CAP Santa Margarida de Montbui, Sta Margarida de Montbui; <sup>(2)</sup> Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada; <sup>(3)</sup> CAP Cotxeres, Barcelona

La ectasia ductal es de baja incidencia en la edad pediátrica, encontrándose en niños y niñas desde las primeras semanas de vida hasta la preadolescencia.

**Anamnesis:** Niña de 3 años que presenta telorrea derecha de 3 días de evolución.

**Exploración física:** Hematoma en zona inferior de la areola mamaria derecha. Secreción serohemática con la manipulación.

**Exploraciones complementarias:** La ecografía nos habló de lesión nodular-tubular de 2mm a nivel retroareolar derecho, difícil de valorar si correspondía a quiste o a una ectasia ductal. El cultivo presentaba *Acinetobacter Iwoffii* y *Pseudomonas Stutzeri*, ambos por posible contaminación cutánea. En la citología se hallaban células espumosas y estaban ausentes células ductales o atípicas.

**Conclusiones:** La ectasia ductal es la causa más frecuente de sangrado mamario en la infancia. Se desconoce el desencadenante. El sangrado se debe a la granulación y ulceración del epitelio ductal, previamente ocupado por células gigantes e histiocitos. En la citología es frecuente encontrar células espumosas y células ductales.

La actitud conservadora prevalece sobre la intervencionista, minimiza riesgos sobre todo en niñas. Remite espontáneamente en semanas o meses.

### P-062

#### LA ADRENARQUIA EN NIÑAS, VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Roger Azemar, M.; Bonjoch, C.; Vilagrasa, G.; Santana, L.; Viñallonga, X.; Caravaca, M.A.  
HU Quiron-Dexeus, Barcelona

La adrenarquia consiste en un aumento de la maduración y secreción de los precursores androgénicos adrenales, en fase prepuberal. Los signos clínicos aparecen antes de los 8 años en niñas, y consisten en vello púbico y/o vello axilar y otros signos de efecto androgénico, junto con niveles de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) elevados para esta edad. Se trata de una entidad benigna, pero requiere la exclusión de otras causas de hiperandrogenismo.

**Objetivo:** Revisión prospectiva desde Junio'13 a Diciembre'14, de niñas sanas con adrenarquia, y análisis descriptivo de los factores epidemiológicos, clínicos y analíticos.

**Resultados:** 13 niñas de nacionalidad española, excepto una venezolana, sin antecedentes familiares de interés y peso adecuado al nacer. El inicio de la adrenarquia se presenta entre los 6 y 8 años, excepto en dos casos. El 55% presentan talla e índice de masa corporal > percentil 50. La maduración ósea no se adelanta, y la analítica hormonal y metabólica en la primera visita es normal, excepto niveles de DHEA-S elevados en 61% de casos.

**Conclusiones:** Es necesario identificar y estudiar a estas niñas para excluir causas de mayor importancia de hiperandrogenismo y poder ofrecer asesoramiento para prevenir los posibles fenómenos metabólicos que pueden asociarse en un futuro.

## GRUPO 8

### P-063

#### POTENCIAL DE LA BASE DE DATOS DE SIDIAP PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Duarte-Salles, T. <sup>(1)</sup>; Hermosilla, E. <sup>(1)</sup>; Méndez-Boo, L. <sup>(2)</sup>; Elorza, J.M. <sup>(1)</sup>; Bolívar, B. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> IDIAP Jordi Gol, Barcelona; <sup>(2)</sup> Instituto Catalán de la Salud, Barcelona

**Objeto del trabajo:** Describir las características de la población pediátrica (0-14 años de edad) incluida en la base de datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP).

**Material y métodos:** SIDIAP contiene información generada a partir de la historia clínica electrónica de equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS) desde 2006. Se presentarán distribuciones de la población pediátrica (0-14 años de edad) activa en SIDIAP a 31/12/2014 respecto al sexo, medidas antropométricas, índice ecológico de privación socioeconómica MEDEA, y cobertura de vacunación.

**Resultados:** La BD-SIDIAP contiene información de 409.324 niños y 385.496 niñas (67% de la población pediátrica catalana) en el año 2014. El 90% tiene registrado alguna medida antropométrica (peso:90%, talla:90%, y perímetro craneal:68%). Un 19% de los niños se encuentra en el último quintil del índice MEDEA, comparado con el 13% del primer quintil (posición socioeconómica más favorecida). La cobertura de vacunación es del 81-95% para las vacunas incluidas en el calendario de vacunación.

**Conclusiones:** SIDIAP incluye información antropométrica, sociodemográfica y de vacunación detallada de una gran parte de la población pediátrica de Cataluña y proporciona un gran potencial para la realización de futuros estudios de investigación.

P-064

**ESCARLATINA, ¿ENFERMEDAD DE UN SOLO BROTE?**

Moreno Salgado, J.L.<sup>(1)</sup>; Peláez, M.J.<sup>(1)</sup>; Gallego, M.J.<sup>(1)</sup>;  
Portero, N.<sup>(1)</sup>; Rivera, N.<sup>(1)</sup>; Jiménez, C.<sup>(1)</sup>;  
Morera, I.<sup>(2)</sup>; Infante, Á.<sup>(2)</sup>  
<sup>(1)</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva;  
<sup>(2)</sup> Centro de Salud Adoratrices, Huelva

**Objeto:** Presentar dos casos de escarlatina recurrente.

**Material y métodos:** Revisión de la bibliografía existente acerca de la escarlatina recurrente y exposición de dos pacientes con dicha patología.

**Resultados y conclusiones:** La escarlatina es una enfermedad infecciosa causada por cepas de *Streptococcus pyogenes* capaces de sintetizar exotoxinas, en concreto, exotoxinas pirogénicas que son en última instancia las responsables del exantema. Las recidivas de esta enfermedad son poco frecuentes y pueden ser confundidas con otras enfermedades exantemáticas.

P-065

**HIPOTONÍA EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ramos Frías, M.A.; López Sanz, E.  
Centro Salud, Azuqueca de Henares

Recién nacido mujer, parto eutócico a término. Exploración tras el parto y previa al alta sin alteraciones. En la primera valoración según protocolo de salud del niño sano a los quince días de vida, alerta una marcada hipotonía generalizada, respuesta a la tracción rezaga la cabeza. Movimientos de extremidades a nivel proximal ausentes, movimiento a nivel distal disminuidos. Ausencia de reflejos arcaicos, prensión plantar muy débil. Reflejos rotulianos y aquileos ausentes. Buen estado general, bien hidratada, coloreada y perfundida, no rasgos dismórficos. Se acuerda derivación inmediata a hospital de referencia, procediéndose a ingreso hospitalario. Se realiza estudio analítico amplio más estudio ecocardiográfico que sólo evidencia CPK elevada (986 U/l). La valoración diagnóstica refleja la sospecha de una hipotonía periférica (hipotonía axial y de miembros de predominio proximal, sin movimientos antigravitatorios, reflejos osteotendinosos abolidos y reflejos arcaicos abolidos). A nivel central mantiene buen contacto, sin afectación de pares craneales. Se realiza estudio electromiográfico que evidencia signos de denervación con velocidades de conducción conservadas. Se solicita estudio genético que muestra mutación en homocigosis del gen SMN1 con dos copias del SMN2, lo que confirma el diagnóstico definitivo de ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 1.

La incidencia en nuestra población es 1/10.000 nacidos vivos, la mayoría de los casos presenta una genética típica de predominio en varones, con diagnóstico precoz y fallecimiento antes de los dos años de vida.

P-066

**LENGUA NEGRA VELLOSA EN EL LACTANTE**

Donado Palencia, P.<sup>(1)</sup>; Sánchez Miranda, P.<sup>(1)</sup>; Maldonado Ayuso, E.<sup>(2)</sup>; González, A.<sup>(1)</sup>; García Cabezas, M.A.<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup> Hospital General, Ciudad Real; <sup>(2)</sup> Servicios Sanitarios y Asistenciales de Ciudad Real, Ciudad Real, Málaga

**Introducción:** La lengua negra vellosa se caracteriza por una lesión negruzca en el dorso de la lengua debido a una

hipertrofia de las papilas linguales. Aunque en adultos se ha relacionado con distintos procesos, en niños suele ser un proceso benigno y autolimitado.

**Anamnesis:** Lactante de dos meses remitido a consulta de Gastroenterología pediátrica por rechazo de alimentación, irritabilidad y estancamiento ponderal. No vomitador habitual. Alimentación con fórmula y desde hace una semana con hidrolizada por indicación de su pediatra. No ingesta de fármacos, salvo tratamiento tópico antimicótico por lesión lingual desde hacía una semana. Aporta analítica normal (hemograma y bioquímica) y cultivo de orina negativo. Exploración clínica: destaca lesión marrónácea en dorso de la lengua que no se desprende con el roce. Resto normal. Desde consulta se suspende tratamiento antimicótico y se inicia tratamiento antisecretor con omeprazol. En revisión a las 3 semanas presenta mejoría clara de la lesión lingual y de la sintomatología.

**Conclusiones:** La lengua negra vellosa es una entidad infrecuente en el lactante. Su conocimiento evita tratamientos y estudios innecesarios. Aunque en nuestro caso se asoció con clínica, no nos impresiona como origen de la misma sino como hallazgo casual en la exploración.

P-067

**CONDILOMAS ACUMINADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Hernández Martínez, M.  
CAP Collblanc

Los condilomas acuminados o verrugas genitales, están producidos por el virus del papiloma humano (VPH). Son muy contagiosos.

Son raros en la edad pediátrica.

Se considera una enfermedad de transmisión sexual, aunque hay otras vías de transmisión.

**Caso clínico:**

**Anamnesis:** Antecedentes familiares (AF): madre exdrogadicta.

Antecedentes personales (AP): prematuridad extrema, desde hace 6 meses presenta cambio de carácter y anorexia con estudio analítico normal.

Motivo de consulta: lesiones cutáneas perianales.

**Exploración clínica:** Múltiples pápulas perianales sonrosadas en forma de excrecencia, resto normal.

**Procedimientos diagnósticos:** Visualización clínica, no se realizó tipaje.

**Procedimientos terapéuticos:** Desconocemos, porque actualmente esta en un centro de menores por retirada de la tutela a los padres.

**Conclusiones:** Los subtipos mucosos relacionados con los condilomas son el 6 y el 11.

Aunque en los niños menores de 2 años la transmisión puede ser vertical, hay que considerar siempre la posibilidad de abuso sexual.

El protocolo de actuación ante un niño con condilomas incluye anamnesis para descartar antecedentes familiares de verrugas genitales, historia de madre con papa nicolau alterado, valoración de otros signos clínicos como trastornos de conducta alimentaria, descartar otras enfermedades venéreas, tratamiento y seguimiento de los condilomas, apoyo emocional e implicación de un equipo multidisciplinar.



## P-068

**HEPATITIS AUTOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Calles Ledezma, M. <sup>(1)</sup>; Artigas Rodríguez, S. <sup>(2)</sup>; Finestres Parra, A. <sup>(2)</sup>; Fernández Ruiz, C. <sup>(2)</sup>; Salva Núñez, R. <sup>(2)</sup>; Gómez, M. <sup>(2)</sup>; Esquivel, E. <sup>(2)</sup>; Sans, L. <sup>(3)</sup>; Blázquez, M. <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> CAP Sagrada Familia, Barcelona; <sup>(2)</sup> CAP Sagrada Familia, Barcelona; <sup>(3)</sup> CAP Sagrada Familia, Barcelona; <sup>(4)</sup> Clínica Sagrada Familia, Barcelona

La Hepatitis Autoinmune (HAI) es una hepatopatía crónica, de etiología desconocida, poco frecuente, de curso progresivo y que mejora con medicamentos inmunosupresores. Más frecuentes en mujeres y después de la adolescencia.

Expresión clínica heterogénea, en la edad pediátrica se presenta más frecuentemente como una hepatitis aguda prolongada. Hasta 25% de los pacientes el diagnóstico es casual por aumento de transaminasas en analítica realizada por otras causas.

El diagnóstico se basa en datos clínicos, analíticos y biopsia hepática.

La mayoría de pacientes responden bien al tratamiento inmunosupresor. Sin tratamiento su curso es progresivo y puede llevar a la cirrosis hepática.

Presentamos el caso de un niño de 2 años con Otitis y amigdalitis víricas de repetición, a quien se le realizan analíticas que muestran elevación de transaminasas (AST 176 y ALT 223) e IgG 1408. Ecografía abdominal Normal. Estudio virológico negativo y elevación progresiva de transaminasas se deriva a Gastro. Confirman elevación de transaminasas que llegan hasta 3000, anticuerpos antimúsculo liso +, Biopsia compatible con HAI. Inicia tratamiento con prednisona + Azatioprina. Actualmente 2 años de tratamiento se mantiene asintomático transaminasas, Inmunoglobulinas normales y anticuerpos negativos con dosis interdiaria de Prednisona 5mg.

## P-069

**ERUPCIÓN VARICELIFORME DE KAPOSÍ**

Artigas Rodríguez, S.; Salvà, R.; Calles, M.; Fernández, C.; Finestres, A.; Blázquez, M.; Sans, L.; Esquivel, E.; Gómez, M. CAIDM-CSI, Barcelona

La dermatitis atópica constituye una de las afecciones cutáneas de mayor prevalencia en la infancia. Una de las complicaciones que puede presentarse en su evolución es la sobreinfección cutánea generalizada por el virus herpes simple, constituyendo la llamada «erupción variceliforme de Kaposi» (EVK).

Clínicamente se caracteriza por una erupción vesiculosa que suele iniciarse en las áreas cutáneas afectas, adoptando la lesión elemental una umbilicación central característica días después, para luego recubrirse de una costra. Las lesiones pueden limitarse a la piel afecta por la dermatitis o difundir a la piel sana o incluso afectar a órganos internos, comprometiéndolo la vida del enfermo.

El diagnóstico, básicamente clínico, se corrobora en pocos minutos, mediante el citodiagnóstico de Tzanck.

El objetivo de este trabajo es, a través de 2 casos de pacientes de nuestra consulta, hacer extensivo el reconocimiento de esta enfermedad por parte del pediatra general, ya que siendo un cuadro clínico potencialmente grave, dispone de un tratamiento efectivo con aciclovir si se diagnostica precozmente.

## GRUPO 9

## P-070

**TUMOR NEUROECTODÉRMICO MELANÓTICO (TNM) EN MAXILAR SUPERIOR EN UN LACTANTE**

Kostyrya, T.; Montes Díaz, M.I.; Fabrega Valverde, M.T.; Schmuke, E. Cartagena Casco, Cartagena

**Anamnesis:** Lactante que acude a revisión al mes y medio de vida. AP: embarazo controlado con dilatación píelica izquierda en Ecografía prenatal. Recién nacido a término de peso adecuado

**Exploración clínica:** A la exploración presenta tumoración en maxilar superior compatible con Perlas de Ebstein.

A los 15 días acude a revisión presentando aumento de la tumoración con deformidad nasolabial derecha, derivado urgente para valoración por Cirugía Maxilofacial.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El paciente ingresó para estudio en Servicio de Cirugía Maxilofacial realizando ecografía y TAC craneal: lesión lítica con adelgazamiento de la cortical, de 2 cm x 2 cm con dientes incluidos en la lesión. Se practicó biopsia: Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia. Es intervenido practicando maxilectomía derecha, reconstrucción con colgajo de bola adiposa de Bichat.

**Conclusiones:** El TNM de la infancia es una tumoración poco frecuente que a pesar de ser benigna es en ocasiones mutilante por su rápido crecimiento. Tiene una alta tasa de recidiva local.

Es un tumor derivado de las células de la cresta neural, localizado con mayor frecuencia en región maxilar. Se presentan con mayor frecuencia dentro del primer año de vida. Su tratamiento ha sido enfocado a la resección quirúrgica.

## P-071

**TRAUMATISMO FEMORAL INDOLORO**

Ardanuy Pizarro, A.V.; Melón Pardo, M.; Martínez Andaluz, C.; Navarro Marchena, L.; Gutiérrez Marques, I.; Moreno Mejías, M.D.; López González, M. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

El osteosarcoma es el tumor óseo maligno primario más frecuente en la infancia y adolescencia. Aparecen casi siempre entre los 13 y los 16 años de edad. EL sitio más común de aparición son el fémur distal y tibia proximal.

Presentamos el caso de un niño de 12 años de edad que acude a consulta de traumatología, derivado por su pediatra, por presentar tumoración de 3 meses de evolución en cara anterior de tibia derecha, tras sufrir traumatismo en la zona.

A la exploración destaca tumoración de consistencia dura en cara anteromedial de tercio superior de tibia derecha, sin signos inflamatorios asociados, no dolorosa a la palpación.

Se realiza Rx donde se aprecia imagen en sacabocados en tercio proximal de tibia derecha, con afectación de metafisis y partes blandas. Se deriva a oncología y se realiza biopsia de la lesión, compatible con osteosarcoma. Recibe tratamiento quimioterápico citorredutor según protocolo GEIS 33, tras el cual se extirpa la lesión y se reconstruye con megaprotésis.

**Conclusiones:**

- Es preciso la detección de síntomas y signos de alarma para el diagnóstico precoz de tumores óseos.



- La aparición de una tumoración ósea y síntomas sistémicos deben hacer sospechar un tumor óseo maligno.

#### P-072

##### FORMA DE DEBUT POCO FRECUENTE DE LINFOMA NO HODGKIN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Agámez Luengas, S.N.; Barchino Muñoz, L.M.; De La Torre Sánchez, P.; Corrales González, A.; Martínez Andaluz, C.; Sánchez Valderrabanos, E.  
Virgen Rocío, Sevilla

**Introducción:** La presentación clínica de los linfomas suele ser inespecífica simulando patologías comunes y benignas, lo que dificulta su diagnóstico en Atención Primaria (AP).

El Linfoma no Hodgkin (LNH) y su subtipo más frecuente, el linfoma de Burkitt (LB) puede debutar con cuadros extremadamente graves. Describimos el caso de una niña con LNH que debutó con shock hipovolémico por sangrado intratumoral.

**Caso clínico:** Niña de 3 años derivada a urgencias desde AP por distensión abdominal y palidez. Presenta un deterioro brusco del estado general, obnubilación e hipotensión. En TC abdominal se evidencia gran hemoperitoneo y conglomerados tumorales omentales compatibles con LB. Se inicia tratamiento quimioterápico, tras el cual desarrolla una perforación intestinal con peritonitis polimicrobiana y neutropenia severa. Posteriormente múltiples infecciones oportunistas, sin respuesta al tratamiento intensivo, falleciendo la paciente.

**Conclusión:** El Pediatra de AP juega un papel importante reconociendo cuándo una sintomatología aparentemente benigna puede ser el inicio de una patología grave, así como identificando aquellos signos de alarma que requieren estudio inmediato, para el diagnóstico precoz, disminuyendo la morbimortalidad.

Este caso ilustra la dificultad en el manejo de una paciente con LNH, que a pesar de ser derivada a tiempo, presenta diversas complicaciones que oscurecen su pronóstico.

#### P-073

##### LACTANTE CON ANISOCORIA Y PTOSIS PALPEBRAL

Raya Pérez, M.; García Gijón, C.; Arrabal Vela, M.A.; Pascual Martín, M.; Pareja Grande, J.; Márquez De La Plata, M.A.;  
Raya Pérez, M.I.; García Cabezas, M.A.  
Hospital General, Ciudad Real

Lactante 9 meses con anisocoria y ptosis palpebral izquierda. AP: Embarazo normal. Cesárea. Ecografías prenatales normales. PRN3000 gr. No Reanimación. EF: Hemangiomas en vértex y región inframamilar izquierda. Anisocoria con miosis normorreactiva izquierda. Ligera ptosis izquierda. Resto exploración sin alteraciones. PC: Rx tórax y analítica normales. RMN craneal y cervical: Nódulo en espacio carotídeo izquierdo que alcanza el estrecho torácico superior, muy vascularizado, de límites bien definidos. Dx: Neuroblastoma cervical.

El síndrome de Horner está causado por la interrupción de la vía simpática en cualquier parte de su recorrido desde el sistema nervioso central hasta el globo ocular y sus anexos. Se caracteriza por la presencia de miosis, ptosis palpebral, anhidrosis facial.

Un síndrome de Horner de causa no conocida requiere una evaluación amplia para descartar una enfermedad poten-

cialmente grave. Se debe realizar una exploración física exhaustiva y excluir la existencia de un tumor (especialmente neuroblastoma), investigar metabolitos de catecolaminas en orina y realizar pruebas de imagen del trayecto nervioso implicado.

El neuroblastoma es el tumor extracranial sólido más frecuente en la infancia, presenta un amplio espectro de comportamiento, ya que puede madurar e involucionar en los casos perinatales, pero hay otros casos metastásicos con mala evolución, a pesar de tratamientos muy agresivos.

#### P-074

##### LESIONES CUTÁNEAS POLIMORFAS EN PERIODO NEONATAL. UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE

Laliena Aznar, S.; Baranguán Castro, M.L.; Adán Lanceta, V.; Cuadrado Piqueras, L.; Murillo Sanjuán, L.; Martínez Faci, C.; Zubiri Ara, M.L.; Rodríguez-Vigil Iturrate, C.; Bustillo Alonso, M.; Guerrero Laleona, C.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

La reticulohistiocitosis congénita autoinvolutiva (RCA) es un trastorno proliferativo clonal de células de Langerhans anómalas que aparece al nacimiento o en periodo neonatal.

Lactante mujer de 42 días de vida que presenta lesiones de 20 días de evolución, iniciadas con eritema que progresa a pápulas, vesículas y costras, de distribución generalizada, incluyendo cuero cabelludo; se resuelven espontáneamente, apareciendo otras nuevas. Presenta también un afta en mucosa yugal y úlceras en pliegues inguinales. Tratada previamente con ácido fusídico y cotrimazol tópicos sin mejoría. Afebril y sin otra sintomatología. Sospechando una RCA se realiza biopsia cutánea, que confirma el diagnóstico.

La RCA puede involucrar varios órganos, siendo la piel el más frecuente en menores de 2 años. Las lesiones cutáneas son polimorfas (erosiones, pápulas, vesículas, costras, úlceras...) y generalizadas, incluyendo mucosas y cuero cabelludo. Dada la variabilidad de las lesiones el diagnóstico diferencial es amplio.

El diagnóstico se realiza por biopsia cutánea, observándose proliferación de histiocitos en la dermis papilar, tinción positiva para S100 y CD1a, y gránulos de Birbeck en microscopía electrónica. Generalmente las lesiones autoinvolucionan en semanas, aunque es preciso realizar serie ósea, ecografía abdominal y biopsia de médula ósea para descartar afectación multisistémica.

#### P-075

##### NEUTROPENIAS DETECTADAS EN NIÑOS SIN ENFERMEDAD DE BASE

Prieto Heredia, M.A.; Romero Montero, A.M.; Salazar Oliva, P.; Castellano Martínez, A.; Hernández González, A.; Flores González, J.C.  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Objeto del trabajo:** Revisar las neutropenias en pacientes sin enfermedad de base para valorar su manejo y seguimiento.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de los niños sin enfermedad de base, diagnosticados de neutropenia en Urgencias de un hospital de tercer nivel en los años 2013 y 2014.

**Resultados:** Se revisaron 49 casos (61% varones) con edad < 6 meses el 35% y de 6 meses a 2 años el 35%. Consultaron

por: fiebre (77,5%), sintomatología catarral (32,65%), exantema y/o hiporexia (18,4%) y diarrea (14,3%). Un 26,5% tenían antecedente infeccioso. Presentaron neutropenia leve 45%, Moderada 38,75% y Grave 38,75% y alteraciones en otras series un 16,3%. El 63,3% recuperó completamente la cifra de neutrófilos. La mediana del tiempo de normalización fue 10 días (Rango: 1-127 días). Fueron seguidos en Urgencias (45%) y en Atención Primaria (41%) principalmente. La neutropenia se atribuyó a probable viriasis en el 96%. No constatada infección severa ni ingreso posterior relacionado con la neutropenia.

**Conclusiones:** El 86% de las neutropenias fueron en menores de 2 años. Casi dos tercios normalizaron completamente. Mayoritariamente las neutropenias se atribuyeron a viriasis. Dada la ausencia de complicaciones detectadas parece adecuado un seguimiento ambulatorio en la mayor parte de los pacientes.

#### P-076

### DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS Y DIARREA: NO SIEMPRE DIAGNÓSTICO DE GASTROENTERITIS

Asensio Carretero, S. <sup>(1)</sup>; Sánchez Torrent, L. <sup>(2)</sup>; Panzino, F. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> CAP Montclar, Sant Boi de Llobregat; <sup>(2)</sup> Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat

**Introducción:** El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente. La etiología suele ser banal. Es importante sospechar otras causas cuando el dolor es intenso.

**Caso clínico:** Adolescente con dolor abdominal cólico muy intenso asociado a vómitos y diarreas de 24 horas. Se orienta como gastroenteritis aguda. A las 12 horas acude al hospital por lesiones purpúricas en miembros inferiores. Se realiza analítica que muestra hemograma normal, proteína C reactiva 19,8 mg/L, pruebas de coagulación, renal y hepáticas normales. Estudio de orina normal. Ecografía abdominal normal. Con orientación diagnóstica de púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) con afectación gastrointestinal, es ingresado y recibe tratamiento con metilprednisolona, analgesia, omeprazol y sueroterapia. Durante las primeras horas, requiere analgesia de rescate con tramadol. El paciente mejora progresivamente.

**Conclusiones:** Un dolor abdominal intenso en pacientes con clínica de gastroenteritis, debe hacernos replantear el diagnóstico.

Se han descrito casos de PSH con clínica digestiva sin afectación cutánea (15-35%)<sup>1</sup>. En un metaanálisis<sup>2</sup>, los corticoides aumentan de forma significativa la resolución del dolor abdominal.

#### Bibliografía:

1. Chang, WL et al. Gastrointestinal manifestations in Henoch-Schönlein purpura: a review of 261 patients. *Acta Paediatr* 2004;93:1427.
2. Weiss PF, et al. Effects of corticosteroid on Henoch-Schönlein purpura: a systematic review. *Pediatrics*. 2007;120(5):1079-87.

#### P-077

### SÍNDROME DE KAWASAKI INCOMPLETO ¿UNA PATOLOGÍA EMERGENTE?

Campos Segovia, A.; Luján Martínez, J.; Jiménez Martínez, J. La Moraleja, Madrid

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de pequeño y mediano tamaño. Es un proceso inflamatorio agudo, autolimitado, pero potencialmente grave por las complicaciones cardíacas que puede asociar.

Algunos pacientes no cumplen los criterios clínicos establecidos, serían los llamados "Kawasaki incompleto".

Presentamos cuatro niños con edades comprendidas entre los cuatro meses y los seis años, ingresados en nuestro hospital entre los meses de Abril y Octubre de 2014, los cuales recibieron tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y aspirina oral. A todos se les realizó estudio ecocardiográfico, objetivando complicaciones cardíacas en dos de ellos, los de menor edad.

A pesar de ser una patología que implica un desafío diagnóstico, debemos sospecharla ante un cuadro de fiebre prolongada, con el fin de instaurar un tratamiento precoz y así prevenir complicaciones cardíacas, las cuales son mas frecuentes en niños de menor edad.

#### P-078

### SÍNDROME DE WELLS (CELULITIS EOSINOFÍLICA). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Blanco Franco, M.P. <sup>(1)</sup>; López Pacios, D. <sup>(2)</sup>; Rodríguez Calleja, J. <sup>(3)</sup>; Fidalgo Álvarez, I. <sup>(3)</sup>; Fonseca Zuazua, G. <sup>(1)</sup>; Manjón Haces, J.A. <sup>(3)</sup>; Fernández Flores, A. <sup>(3)</sup>; Marcos Andrés, H. <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Centro de Salud Villablino, Villablino; <sup>(2)</sup> Centro De Salud Ponferrada 3, Ponferrada; <sup>(3)</sup> Hospital El Bierzo, Ponferrada; <sup>(4)</sup> Centro De Salud Villafranca, Villafranca Del Bierzo

El Síndrome de Wells (SW) es una dermatosis inflamatoria más frecuente en adultos que en niños. Presentamos dos niños con SW.

Caso 1. Varón 10 años, que desde hace 3 días presenta placa eritematoedematosa, localizada en extremidad inferior derecha. Tratada con crema prednisolona y cetirizina. Diecisiete días después persiste la lesión, tratamiento con deflazacort, resolución en 10 días. Eosinofilia periférica. Biopsia: infiltrado inflamatorio perivascular rico en eosinófilos, sin vasculitis, acompañándose de eosinófilos intersticiales.

Caso 2. Varón 8 años, con aparición progresiva de múltiples lesiones eritematoedematosas, en extremidades inferiores y nalgas, apariencia purpúrica y prurito asociadas con ampollas. Con ibuprofeno oral desaparecen en 5 días. No eosinofilia periférica. Biopsia: infiltrado inflamatorio dérmico rico en eosinófilos con extravasación hemática y figuras en llamarada. Tuvo un segundo brote de características similares. Once semanas después desarrollo un linfoma tipo Burkitt.

En ambos pacientes las serologías y bioquímica fueron normales.

Comentario: La patogenia invoca un mecanismo de hipersensibilidad provocada por factores como picaduras de artrópodos, infecciones, medicamentos, vacunas o enfermedades internas.

El diagnóstico diferencial incluye celulitis bacteriana y urticaria crónica idiopática.

El tratamiento es con esteroides sistémicos, prednisona o prednisolona 2mg/Kg/día durante 7 días. Si la enfermedad

es recurrente o limitada pueden estar indicados los esteroides tópicos.

## GRUPO 10

### P-079

#### PREVALENCIA Y CONDICIONANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL BARRIO DEL RAVAL DE BARCELONA

Manzano Varo, C. <sup>(1)</sup>; Guzmán Molina, C.I. <sup>(2)</sup>; Núñez Ferrer, O. <sup>(2)</sup>; García Algar, O. <sup>(1)</sup>; Fornaguera Soler, F. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital del Mar, Barcelona, Barcelona;

<sup>(2)</sup> Línia Pediàtrica Drassanes, Barcelona

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de obesidad infantil y los factores sociodemográficos y comorbilidades asociadas en una zona de nivel socioeconómico bajo (Raval Sud y Gòtic, Barcelona).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en 2.858 niños entre 2 y 14 años atendidos en los 2 últimos años en el CAP Drassanes.

Se recogen los diagnósticos de obesidad (OMS), IMC, edad, sexo, etnia, nivel de estudios, clase social y comorbilidades asociadas.

**Resultados:** La prevalencia de obesidad es 6,4% (IMC de  $25,3 \pm 3,9$  DE), sin diferencias por sexo. Es inferior en el grupo de 2-9 años (4,28%) frente al de 10-14 años (7,26%). La clase social baja y bajo nivel de estudios se encuentra en el 75% de las familias.

Distribución de obesidad por etnias: Filipinas 7,40%, India 7,43%, Sudamérica 4,74 %, Bangladesh 4,14%, Magreb 3,86%, Pakistán 3,25%, China 3,27%, autóctonos 1,22%.

Se observa un 35,7% de obesidad mórbida (IMC  $27,11 \pm 4,57$ ), un 48 % autóctonos.

**Conclusiones:** Hay que tener en cuenta factores como la crisis económica o los hábitos alimentarios en grupos étnicos (más obesidad en niños de Filipinas e India y más obesidad mórbida en autóctonos). Es necesario mejorar el diagnóstico y registro de obesidad en Atención Primaria.

### P-080

#### DIETA HIPOGLUCÍDICA EN EL CONTROL METABÓLICO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Sánchez Villalba, C. <sup>(1)</sup>; Coma Colom, C. <sup>(2)</sup>; Collado Montero, M.I. <sup>(3)</sup>; Zafra Agea, J.A. <sup>(3)</sup>; Bernárdez Carracedo, S. <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Espitu Santo, Barcelona; <sup>(2)</sup> CAP Les Planes, Sant Joan Despí;

<sup>(3)</sup> ICS, Cap Les Planes ; <sup>(4)</sup> Cap, Cap Bufala

**Introducción:** Según Organización Mundial Salud (OMS), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema salud más importante mundo, identificando diabetes gestacional (DG) prevalencia 3-5%, como hiperglicemia detectada durante el embarazo y se cree inducida por éste. Se aplica a intolerancia hidratos carbono de intensidad variable, reconociéndose durante la gestación, independientemente de tratamiento insulínico, grado trastorno metabólico o su persistencia una vez finalizado el embarazo para evitar macrosomía fetal.

**Objetivo:** Determinar el efecto beneficioso adicional de dieta hipoglucídica(DH) en parámetros control metabólico de aquellos pacientes afectos DG y sus fetos.

**Método:** Estudio retrospectivo, 25 DG iniciando DH, con antropometría, tensión arterial, analítica visita inicial del tra-

tamiento dietético, recomendando ejercicio físico, monitorizando glicemias capilares domiciliarias, visitas semanales hasta fin embarazo, de semana 24-28 gestación. Período seguimiento 12-14 semanas. Utilizamos DH, publicada Av. Diabetol 2012;28(6):131-135.

**Conclusiones:** Tras tratamiento con DH alcanzamos aumento racional peso. El autocontrol glicémico pre i post pandrial dentro recomendaciones guías clínicas. No cambios significativos resto parámetros metabólicos estudiados, no cetosis, no se detecta deterioro función renal.

En el tratamiento de DG la DH obtiene buen control metabólico, aumento ponderal adecuado, no existe macrosomía los recién nacidos así como notables beneficios en la madre, en el control glucémico y perfil lipídico.

### P-081

#### ¿COMPROBAMOS NUESTRA CAPACIDAD DOCENTE? RETROALIMENTACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Gargallo Garcia, L.; Moraleda Velasco, P.; Piaggio, F.; Muñoz, C.; Pérez Sánchez, Á.F.; Cerro, J.Á.; Lozano, C.; Bañón, R.

Centro Salud Almagro, Almagro

**Objetivo:** Dentro de nuestro trabajo, la Educación para la Salud a grupos es una de las tareas en la que invertimos tiempo y esfuerzo. Tenemos que medir la calidad de nuestro procedimiento, sirviendo los resultados para modificar y retroalimentar este trabajo.

**Sujetos:** 10 maestros de Educación Primaria y 35 alumnos de 4º de ESO de un IES participaron en un programa de Resucitación cardiopulmonar (RCP) básica en 4 sesiones.

**Método:** Presentación de objetivos; formación teórica sobre RCP básica del adulto y del niño, manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño y del desfibrilador semiautomático. Valoración mediante encuesta tipo Likert de: cobertura de objetivos, nivel, contenido teórico, contenido práctico, metodología, conocimientos del equipo docente, capacidad para mantener el interés, disposición al diálogo, participación de los alumnos; material didáctico, organización general y duración, así como una puntuación global (sobre 10).

**Resultados:** La puntuación en las escalas fue positiva o muy positiva en todas las variables. La puntuación global fue de  $8,97 \pm 1,02$  por los alumnos, y  $9,40 \pm 0,52$  la de los maestros ( $t=1,80$ ,  $p<0,05$ ).

**Conclusión:** La valoración de los participantes en los programas de Educación para la Salud contribuye a la retroalimentación positiva del personal.

### P-082

#### EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA REDUCIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

López Cano, L. <sup>(1)</sup>; Urgelles Homdedeu, M. <sup>(2)</sup>; Asso Ministrall, L. <sup>(3)</sup>; Mate García, M.A. <sup>(3)</sup>; Nogué Abadías, M. <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> H. U. Mutua de Terrassa, Terrassa; <sup>(2)</sup> H.U. Mútua de Terrassa, CAP Terrassa Sud; <sup>(3)</sup> H.U. Mutua de Terrassa, CAP Rambla

**Objetivo:** Evaluar la efectividad en el seguimiento y control del sobrepeso y/o obesidad en la población pediátrica.

**Material y métodos:** Población de niños en seguimiento en el programa Dinamizador para la Reorientación, Ade-cuación y Consolidación de Hábitos Saludables(DRACHS).

Comparamos el IMC real pre y post intervención con el IMC teórico esperado por edad y sexo.

**Resultados:** De los 327 niños con diagnóstico de sobrepeso y/o obesidad se realizó seguimiento de 92 niños (50 niños y 42 niñas). Edad media:  $7 \pm 3$  años. De media, recibieron  $6 \pm 4$  visitas y un seguimiento de 2,6 años. Previa a la intervención el IMC fue, de media, 23,09. Posteriormente observamos un IMC 24,06, inferior al IMC esperado que debía ser de 25,5. Diferencia entre IMC observado post-intervención frente al esperado =  $-1,44$  Kg/ . Por otro lado analizamos 76 niños (41 niños y 35 niñas, edad media  $6 \pm 3$  años) con diagnóstico de sobrepeso y/o obesidad que no tuvieron adherencia al programa, con IMC previo de media 20.81 y posterior de 24.05 que fue superior al esperado que debía ser de 23,35. Diferencia :  $+0.70$  Kg/ m<sup>2</sup>.

**Conclusión:** Los valores de IMC del grupo intervención mejoraron tras el seguimiento y control. Consideramos que la educación en los hábitos saludables ha sido efectiva.

### P-083

#### ¡CÓMO “MOLA” ESTE TALLER DE ASMA!

Morejón Salvador, M.; Valcarpe Pérez, I.; Balaguer Martínez, J.V.; Arbizu Urdiain, P.; Hernández Gil, A.; López Santiveri, A.; Pallarés Sancho-Tello, A.; Esquivel Ojeda, J.N.  
ABS Sant Ildefons, Cornellà de Llobregat

**Objetivos:** Valorar grado satisfacción de los participantes en un taller de asma.

**Material y método:** Taller dirigido a asmáticos (7 y 12 años) constando de 3 sesiones.

**1ª:** Presentación. Sistema respiratorio (puzle). Definición Asma. Ejercicios .

MANUALIDAD: Aparato respiratorio con botella.

**2ª:** Cuentos. Tratamientos farmacológicos. Ejercicios.

MANUALIDAD: Portalápices personalizado.

**3ª:** Factores desencadenantes. Asma y deporte. Ejercicios.

Evaluación mediante cartulinas de colores: Rojo (R) baja satisfacción, Amarillo (A) media y Verde (V) alta.

**Resultados:** Ofertado a 15 pacientes el 1er año, participando 7. Este año a 11, asistiendo 6. La media fue de 8'5 años.

1. Puzle: 15% R, 0% A y 85% V.

2. Cuento “Cecilia”: 28% R, 44% A y 28% V

3. Manualidad sistema respiratorio: 0% R, 23% A y 77% V.

4. Cuento “Sibyl”: 15% R, 23% A y 62 % V.

5. Portalápices: 15% R, 7 % A y 77 % V.

6. Ejercicios respiratorios: 7% R, 54 % A y 39 % V.

7. Inhaladores: 7% R, 7% A y 86 % V.

**Conclusión:** El grado de satisfacción entre los participantes es bueno. Pese al intento de captación activa realizada la participación fue baja. La actividad número 2 obtuvo poca puntuación por lo que se canceló en la 2ª edición.

### P-084

#### IMPACTO DE UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS POR INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN GUARDERÍAS

Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Yui Hifume, R. <sup>(1)</sup>; Galán Requena, M.D.M. <sup>(1)</sup>; Martínez Martínez, I. <sup>(2)</sup>; Fernández Peregrina, S. <sup>(1)</sup>; Azor Martínez, E. <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>(2)</sup> Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa, Almería;

<sup>(3)</sup> Centro Salud Virgen Del Mar, Almería

**Introducción:** Actualmente, la asistencia de niños/as a las guarderías se inicia a edades cada vez más tempranas, siendo considerado factor de riesgo infeccioso que puede aumentar el consumo de recursos sanitarios.

**Objetivo:** Analizar la efectividad de un programa multifactorial de higiene de manos mediante talleres sobre prevención de infecciones a padres de niños/as asistentes a guarderías.

**Metodología:** Estudio aleatorizado-controlado-abierto, 237 niños/as asistentes a 7 CEI/EI de Almería entre noviembre/2013-junio/2014; distribuidos en 2 grupos: Grupo Intervención (GI) realizó higiene de manos con gel hidroalcohólico y talleres sobre higiene de manos, transmisión de infecciones y fiebre; Grupo Control (GC) realizó lavado habitual de manos y talleres de alimentación saludable.

**Resultados:** 1108 episodios de absentismo por infecciones respiratorias y gastrointestinales, GC: 481 (44.58%) y GI: 627 (55.41%) ( $P > 0.05$ ). Consultaron en Atención Primaria 326 (68%) niños del GC y 334 (19.61%) del GI ( $P < 0.05$ ). Acudieron a Urgencias: 116 (24.12%) del GC y 123 (19.61%) GI ( $P = 0.07$ ). Uso de antibióticos: GC (39.29%) vs GI (25.19%) ( $P < 0.05$ ). Uso de antitérmicos: GC (72.97%) vs GI (63.25%) ( $P < 0.05$ ).

**Conclusiones:** El uso de gel hidroalcohólico en guarderías parece ser una medida eficaz para disminuir el consumo de recursos sanitarios. Debemos realizar un enfoque multidisciplinar que incluya tanto la prevención como tratamiento de las enfermedades infecciosas.

### P-085

#### ¿CÓMO Y CUÁNDO REALIZAN LA HIGIENE DE MANOS LAS FAMILIAS DE NIÑOS/AS QUE ASISTEN A GUARDERÍAS?

Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Yui Hifume, R. <sup>(1)</sup>; Jiménez Nogueira, E. <sup>(1)</sup>; Galán Requena, M.D.M. <sup>(1)</sup>; Fernández, M.A. <sup>(2)</sup>; Seijas Vázquez, M.L. <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>(2)</sup> Centro Salud El Alborán, Almería;

<sup>(3)</sup> Centro Salud Virgen del Mar, Almería

**Introducción:** La asistencia de los niños/as a guarderías es un factor de riesgo para el padecimiento de infecciones. La higiene de manos es una medida esencial para prevenirlas.

**Objetivo:** Conocer los hábitos de higiene de manos en las familias con niños/as de CEI/EI.

**Metodología:** Estudio descriptivo transeversal basado en una encuesta donde los padres contestaron sobre los hábitos de higiene de manos de sus hijos, en Septiembre/2013. Participaron 953 familias con niños <3 años asistentes a 26 CEI/EI de Almería.

**Resultados:** El 92.4% utilizaron agua y jabón, 49.3% agua tibia, 50.1% enjabonaban durante al menos 20 segundos, 10.3% utilizaron jabón antibacteriano y 10% gel hidroalcohólico. Respecto al número de veces que lavaban las manos a



sus hijos al día: 5 o más (20.8%), entre 3 y 4 (65.4%), y 2 o menos (13.8%). En relación al momento del lavado: después de ir al baño (50%) y después de toser o estornudar (25%). Un 25% no lavaban las manos de sus hijos al llegar a casa después de la guardería.

**Conclusiones:** Existen deficiencias en las prácticas de higiene de manos, por lo que es fundamental realizar programas educativos que aumenten la adhesión a una buena práctica en estos centros.

#### P-086

### INFECCIONES GASTROINTESTINALES EN NIÑOS QUE ASISTEN A GUARDERÍAS: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS

Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Galán Requena, M.D.M. <sup>(1)</sup>; Jiménez Nogueira, E. <sup>(1)</sup>; Martínez Martínez, I. <sup>(2)</sup>; Mañas Uxó, M.I. <sup>(1)</sup>; Azor Martínez, E. <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>(2)</sup> Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa, Almería;

<sup>(3)</sup> Centro Salud Virgen del Mar, Almería

**Introducción:** La asistencia a guarderías es un factor de riesgo de enfermedad infecciosa. Se considera a las infecciones gastrointestinales una causa importante para el absentismo.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de un programa de higiene de manos sobre el absentismo debido a infecciones gastrointestinales en niños que acuden a guardería.

**Material y método:** Estudio controlado-aleatorizado-abierto, 237 niños/as que acuden a 7 guarderías en Almería, entre noviembre/2013-junio/2014. Se distribuyeron en 2 grupos, Grupo Intervención (GI): lavado de manos con gel hidroalcohólico y Grupo Control (GC): lavado de manos habitual. El GI recibió talleres sobre higiene de manos y transmisión de enfermedades, mientras GC sobre hábitos de alimentación y actividad física saludables.

**Resultados:** Se registraron 111 episodios de absentismo por infecciones gastrointestinales, 9.88% del total. El número medio de episodios de absentismo por infecciones gastrointestinales en GC fue 0.61 (SD:0.07, IC95%: 0.47-0.75) versus 0.43 en GI (SD: 0.06, IC95%: 0.30-0.57) (p=0.07). El número medio de días de clase perdidos debido a infección gastrointestinal en GC fue 2.61 (SD: 0.37, I95%: 1.86-3.36) y 3.10 (SD: 0.29, IC95%: 2.51-3.68) (p=0.22) en GI.

**Conclusiones:** El programa de higiene manos, que incluye gel hidroalcohólico parece ser una medida eficaz para reducir el absentismo por infecciones gastrointestinales en guarderías.

#### GRUPO 11

#### P-087

### CUERPOS EXTRAÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

El Dabete El Dabete, H. <sup>(1)</sup>; Zambudio Ato, M.I. <sup>(2)</sup>; Mateu Pomar, J. <sup>(3)</sup>; Garrido Morales, F. <sup>(4)</sup>; Vich Enrich, F. <sup>(5)</sup>; Jou Torras, M.C. <sup>(2)</sup>; Zumel Róman, D. <sup>(6)</sup>; Cantero Gómez, X. <sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital General de Igualada, Igualada/Barcelona; <sup>(2)</sup> Hospital General de Igualada, Igualada/Barcelona; <sup>(3)</sup> Hospital general de Igualada, Igualada/Barcelona; <sup>(4)</sup> Hospital de Igualada, Igualada/Barcelona; <sup>(5)</sup> AEP Igualada Urbà, Igualada/Barcelona; <sup>(6)</sup> AEP Igualada Rural, Igualada/Barcelona

**Introducción:** Los cuerpos extraños (CE) son causa frecuen-

te de consulta en pediatría. Su frecuencia, potencial riesgo vital y el riesgo de complicaciones lo convierten en problema de salud pública.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias por sospecha de CE entre 2013 y abril 2015. Estudiamos: edad, sexo, localización, tipo, tratamiento.

**Resultados:** 101 casos, edad media 3 años 10 meses. El 79,2% < 5 años, del 20,8% restante el 57% tenían entre 11 y 14 años. El 63,3% corresponden a varones.

El 48,5% fueron CE digestivos, 18,8% orales, 15,8% nasales, 12,8% ópticos, 4,6% otros.

Los más frecuentes son los CE metálicos 30,9% (55% monedas). El segundo plásticos 23,7% seguidos del 20,8% orgánicos; 9,9% piedras y 2% pilas.

Se extrajeron en 44,5%, se recomendó dieta en 45,5% (CE digestivos). El 8% no precisó tratamiento. 2% fibrobroncoscopia.

**Discusión:** La edad media de 3 años 10 meses con curva bimodal.

Predominio en varones.

50% digestivos, ORL representan 47,4%.

Por orden de frecuencia: metálicos; plásticos. Pilas son poco frecuentes pero requieren extracción precoz.

Imprescindible un alto grado de sospecha (el evento puede no ser recordado o presenciado) atrasando diagnóstico extracción y aumentando el riesgo de complicaciones.

#### P-088

### INTOXICACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Zambudio Ato, M.I. <sup>(1)</sup>; El Dabete El Dabete, H. <sup>(2)</sup>; Mateu Pomar, J. <sup>(3)</sup>; Garrido Morales, F. <sup>(4)</sup>; Vich Enrich, F. <sup>(5)</sup>; Jou Torras, M.C. <sup>(6)</sup>; Zumel Róman, D. <sup>(7)</sup>; Cantero Gómez, X. <sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital General de Igualada, Igualada/ Barcelona; <sup>(2)</sup> Hospital General de Igualada, Igualada/ Barcelona; <sup>(3)</sup> Hospital Geeral de Igualada, Igualada/ Barcelona; <sup>(4)</sup> Hospital de Igualada, Igualada/ Barcelona; <sup>(5)</sup> AEP Igualada Urbà, Igualada/ Barcelona; <sup>(6)</sup> Hospital General de Igualada, Igualada/ Barcelona; <sup>(7)</sup> AEP Igualada Rural, Igualada/ Barcelona; <sup>(8)</sup> AEP Igualada Urbà, Igualada/ Barcelona.

**Introducción:** La intoxicación representa el 0,3% de urgencias pediátricas. La mayoría son leves pero algunas sustancias son altamente tóxicas capaces de provocar intoxicaciones graves.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias por sospecha de intoxicación entre 2013 y abril 2015. Estudiamos: edad, sexo, tipo, intencionalidad y tratamiento.

**Resultados:** 81 casos, edad media 4 años 11 meses. El 75,4% < 5 años, del 24,6% restante el 60% entre 11 y 14 años. Varones el 60%.

Los fármacos son los más frecuentes (42.5%: 30% benzodiazepinas, 24% analgésicos y 20,5% antitusígenos). El alcohol representó 27% y los productos del hogar 13,5%.

Dosis no tóxica en el 95%. El 52,5% precisó observación, el 22,5% sueroterapia y pruebas complementarias; el 17,5% carbón activado.

En 88,7% fue accidental, e intencionada 11,3% (55,5% intentos autolisis y 44,5% finalidades lúdicas).

**Discusión:** La edad media de 4 años 11 meses con curva bimodal.

Predominio en varones.



Entre fármacos y alcohol suman 79%.

Tendencia ascendente de intoxicaciones alcohólicas.

Mayoritariamente leves, con dosis no tóxicas sin precisar tratamiento.

La descontaminación actualmente se realiza con carbón activado, siendo el lavado gástrico infrecuente.

Excepcionalmente es intencional y precisa valoración del riesgo de autólisis o conductas peligrosas.

#### P-089

### CURAS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN ACCIDENTES INFANTILES

Rodríguez Magallanes, M.D.; Gómez Quirante, A.; Mejías Serrano, T.; Mas Antelo, M.; Cebrián Sanz, M.  
CAP Martí i Julia, Cornellá de Llobregat

**Objetivos:** Conocer las curas que realiza enfermería pediátrica y en qué tipo de lesiones causadas por accidentes infantiles.

Conocer sexo y edades más afectadas.

Conocer el lugar donde son más frecuentes.

**Material y método:** Estudio transversal descriptivo.

Ámbito: 2 consultas de enfermería pediátrica CAP Martí i Julia.

Sujetos: Niños de 0 -14 años que han acudido al CAP por accidente.

Periodo: Julio 2014 - Enero 2015

Recogida de datos: en consulta o historia clínica.

Variables: Edad, sexo, lugar, tipo de lesión, intervención realizada.

**Resultados:** 61 niños accidentados en 6 meses.

Derivados al Hospital 9,8%.

66 Curas: Inmovilizaciones 34,84%, Curas tópicas 34,84%, Suturas 15,15% vendajes 15,15%.

164 visitas de seguimiento.

Traumatismos 45,91%, Heridas 32% Quemaduras 21,31%.

Niños 59,1% Niñas 40,98%.

0-23 meses 6,55 %, 2-4 años 13,11%, 5-9 años 37,7%, 10-14 años 42,62 %.

Calle 40,93%, domicilio 32,78%, colegio 21,31%, otros 4,91%.

**Conclusiones:** La mayoría de accidentes se resolvieron en el centro un porcentaje bajo fue derivado al hospital.

Los varones se accidentan más, el lugar más recurrente fue la calle, la edad con mayor prevalencia es 10-14 años, en cambio es significativamente menor 0-4 años, habría que profundizar para conocer si este grupo fue atendido en otros servicios sanitarios.

#### P-090

### ROTURA ESPLÉNICA: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

Delgado Gómez, P.; Ardanuy Pizarro, A.V.; González Márquez, I.J.; Martínez Andaluz, C.; Moreno Mejías, M.D.; Charlo Molina, T.; De La Torre Sánchez, P.; López González, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

El bazo es el órgano más frecuentemente afectado tras un traumatismo abdominal cerrado, con una incidencia 32-45%.

Presentamos el caso clínico de un niño de 11 años que consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal y cos-

tal izquierdo de 2 días de evolución, afebril y sin síntomas asociados.

Rehistoriando al paciente, refiere haber recibido una patada en costado izquierdo 48 horas antes. A la exploración presenta buen estado general, palidez mucocutánea, dolor en arcada costal izquierda. Abdomen con dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza radiografía tórax y tira reactiva de orina sin hallazgos.

En la ecografía abdominal y TAC se observa rotura esplénica con abundante líquido libre. En el hemograma se detecta anemia (7,2g/dL) y plaquetopenia (17.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>).

Se decide manejo conservador del traumatismo abdominal cerrado, precisando transfusión de sangre y plaquetas. En TAC de control se objetiva aneurisma de la arteria esplénica por lo que se mantiene nutrición parenteral y seguimiento estrecho del paciente.

#### Conclusiones:

- Importancia de la historia clínica para diagnóstico de patología que puede comprometer la vida del paciente.
- El manejo conservador es el tratamiento de elección en roturas esplénicas que no presentan inestabilidad hemodinámica.

#### P-091

### MENUDO SUSTO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Fernández Cueto, E.M.<sup>(1)</sup>; Calderón Moreno, F.J.<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Centro de Salud El Algar, Cartagena;

<sup>(2)</sup> Centro de Salud Mazarrón, Cartagena

Niño de 1.6 años que acude a urgencias por ingesta de detergente aproximadamente hace 30 minutos seguido de vómitos tras la ingesta.

**Exploración Física:** Buen estado general. No distrés respiratorio. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación cardíaca: Ventilación homogénea, no ruidos patológicos.

Abdomen: Blando y depresible. No masas ni megalias. Piel normal.

**Evolución:** Se contacta con toxicología quien indica vigilancia respiratoria por si vómitos y líquidos azucarados ya que el tóxico ingerido contiene alcoholes y tensioactivos no aniónicos <5%. (No está indicada la realización de descontaminación del tubo digestivo ni la administración de antídotos). Adecuada tolerancia durante su estancia hospitalaria. Se mantiene estable y se decide alta.

**Conclusión:** Las intoxicaciones representan la segunda causa de accidentalidad en la edad pediátrica. Su número se encuentra en aumento debido a la gran variedad de sustancias químicas y farmacéuticas de presencia habitual en nuestro entorno. Los productos con tensioactivos aniónicos y noiónicos tienen escasa o nula toxicidad, salvo algunos detergentes para máquinas lavavajillas que por su contenido en sosa cáustica se comportan como cáusticos alcalinos. La ausencia de complicaciones tras la ingesta de estos productos sugiere que podrán ser dados de alta tras exploración, o bien tras un corto período de observación.

**P-092**  
**TOXICIDAD DE LOS REMEDIOS PARA EL CÓLICO DEL LACTANTE**

Castellano Martínez, A.; Rodríguez González, M.; Rodríguez Outón, P.; Salazar Oliva, P.; Prieto Heredia, M.A.; Alonso Ojembarrena, A.  
 Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Introducción:** Los carminativos son utilizados en el tratamiento del cólico del lactante, fácilmente accesibles, con escasa regulación por las autoridades sanitarias, y que no suelen ser identificados como fármacos, conllevando a una falsa sensación de seguridad por parte de los cuidadores y profesionales sanitarios. Algunos carminativos incluyen atropabelladona o anís estrellado, sustancias que pueden tener importantes efectos secundarios en pediatría.

**Caso clínico:** Neonato de 23 días de vida, previamente sano, diagnosticado de cólico del lactante que recibió una dosis mayor de la recomendada de un carminativo que contenía atropa-belladonna.

Ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal con síndrome anticolinérgico y taquicardia supraventricular, probablemente desencadenada por intoxicación por belladona. Tras revertir a ritmo sinusal, se puso de manifiesto un patrón de Wolff-Parkinson-White en el electrocardiograma, evolucionando favorablemente.

**Discusión:** Aproximadamente 12% de los niños reciben algún remedio "natural", representando el cólico del lactante el 4.5% de las enfermedades tratadas con este remedio.

Hasta un 10% de médicos los prescriben a pesar de la falta de evidencia científica en pediatría.

Los pediatras debemos reconsiderar el uso de carminativos para tratar el cólico del lactante, ya que la posibilidad de efectos secundarios supera los beneficios.

**P-093**  
**PUPILAS MIDRIÁTICAS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, ¿QUÉ LE OCURRE A ESTA PACIENTE?**

Maroto Ruiz, M.J.; Sánchez Ruiz, P.; Gourdet, M.E.; Arrabal Vela, M.A.; Pascual Martín, M.; Vivar Del Hoyo, P.; Matamala Morillo, M.Á.; García Cabezas, M.Á.  
 Hospital General, Ciudad Real

**Caso clínico:** Niña de 4 años con desorientación, habla incoherente y marcha atáxica de seis horas de evolución. Sin antecedentes de interés, salvo disminución de la agudeza visual, en estudio. Exploración normal salvo mucosa pastosa, Fc 125 lpm. Neurológico: Glasgow 15/15, consciente pero desorientada en tiempo y espacio. Midriasis bilateral, escasa reactividad pupilar.

Comienzo del cuadro una hora después de explorarle fondo de ojo. Ante la sospecha de síndrome anticolinérgico por ciclopléjico, se realiza ECG y analítica sanguínea, normales. Tras 24 horas en observación la paciente se encuentra asintomática siendo la exploración física normal.

**Conclusiones:** Los defectos de refracción son habituales en la edad pediátrica. Las exploraciones oftalmológicas precisan administración de colirios ciclopléjicos, como el ciclo-pentolato. Debemos recordar que su administración ocular puede producir síntomas anticolinérgicos a nivel sistémico en algunos pacientes. Estas reacciones suelen ser dosis-dependiente y más comunes entre los niños por su menor peso corporal.

Evitaríamos estos síntomas administrando el fármaco (1-2 gotas) en el saco conjuntival, comprimiendo éste durante dos minutos para limitar la absorción.

En caso de intoxicaciones leves-moderadas sólo realizar observación, mientras que en casos graves se aconseja la administración de agentes parasimpáticomiméticos anticolinesterasa como la fisostigmina.

**GRUPO 12**

**P-094**  
**APLASIA CUTIS. LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

García Ruiz Santa Quiteria, M.I.; Moreno Ortega, M.; García Domínguez, M.; Pérez Borrego, E.; Jiménez Parrilla, F.; Rodríguez Martín, L.  
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** La aplasia cutis congénita se caracteriza por ausencia de piel (más frecuente en vértex), aislada o asociada a malformaciones de línea media. Etiopatogenia desconocida. Complicaciones más importantes: hemorragia masiva, meningitis, infección local.

**Caso clínico:** Recién nacido a término, 34 semanas edad gestacional, ingresa con escasas horas de vida por sospecha de malformación cráneo-encefálica congénita. Embarazo controlado, sin incidencias. Antecedentes familiares: hipoacusia congénita en padre y 2 tíos.

Somatometría: 2390gr, 46cm, perímetro craneal 29,5cm. Buen estado general, con exploración normal salvo defecto de epidermis parieto-occipital (placa cicatricial hipertrófica de 5cm de diámetro, sin atrofia).

Radiografía de tórax, ecografía cerebral-abdominal, y ecocardiograma (normales), TAC craneal (defecto óseo parasagital en convexidad superior), RNM (sin alteraciones intracraniales). Valorado por Neurocirugía y Dermatología (pendiente Cirugía Plástica), diagnosticado de aplasia cutis cicatricial sin signos de alarma.

Tras el alta, evolución favorable con adecuado desarrollo psicomotor, sin sobreinfecciones del defecto epidérmico.

**Conclusiones:**

- La aplasia cutis congénita puede asociarse a malformaciones de la línea media que hay que descartar.
- Tener en cuenta complicaciones (hemorragia masiva, meningitis, infección local) durante su seguimiento.
- Tratamiento de elección conservador (curas oclusivas, antibioterapia tópica). En defectos grandes con defectos óseos, cierre definitivo (colgajos locales, expansiones titulares, craneoplastia).

**P-095**  
**FALLO DE MEDRO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO**

Contreras López, J.; González Soria, M.D.; Granados Prieto, V.; Chávez Barco, A.; Violadé Guerrero, F.; Begara De La Fuente, M.; Coronel Rodríguez, C.  
 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) es la enfermedad que más comúnmente requiere intervención quirúrgica antes del año de vida.

**Caso clínico:** Lactante de 32 días derivado por su Pediatra

al hospital por fallo de medro tras reconsultar varias ocasiones. Ha perdido el 14% de su peso con respecto al nacimiento de forma progresiva. Lactancia materna a demanda hasta la tercera semana que inicia suplementación con fórmula tras objetivarse la pérdida de peso. Presentó regurgitaciones los primeros que han ido disminuyendo. En el último día pierde 120 gramos y comienza cuadro catarral.

**Antecedentes familiares:** Padres sanos. Dos hermanos sanos con cuadro catarral.

**Antecedentes personales:** Embarazo a término sin incidencias. Peso al nacer de 3960 gramos.

**Exploración:** Destaca aspecto desnutrido y signos de deshidratación leve.

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax y hemograma normal.
- Bioquímica: sodio 133, potasio 4.1, Creatinina 0.47, Urea 20.
- Gasometría con alcalosis metabólica hipoclorémica.
- Ecografía abdominal: compatible con EHP.

**Conclusiones:** Ante un lactante con pérdida progresiva de peso debemos descartar EHP. Son las presentaciones clínicas atípicas las que mayor dificultad plantean y es crucial llegar al diagnóstico de la forma más precoz para así reducir la morbilidad.

#### P-096

##### ¿QUÉ TIENE MI BEBÉ EN LA BOCA?

Fuentes Pita, P.; Rujido Freire, S.; Otero Domínguez, E.;  
Urisarri Ruíz De Cortázar, A.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,  
Santiago de Compostela

**Anamnesis:** Recién nacido varón. Sin antecedentes familiares de interés. Embarazo controlado, ecografías antenatales normales, serologías negativas o no significativas. Nacido mediante parto espontáneo vaginal a las 40+3 semanas. Peso 3880 gramos. En la exploración física del primer día de vida los padres muestran preocupación por algo que han visto en la boca de su bebé.

**Exploración física:** Destaca quiste de contenido claro, pediculado, de aproximadamente 1 cm de largo, con origen en región sublingual derecha. Correcta movilización de la lengua y oclusión bucal. Buen agarre del pezón durante la lactancia materna.

**Diagnóstico:** Ránula congénita.

**Evolución:** Se mantiene actitud expectante dado el pequeño tamaño y la ausencia de síntomas. En controles clínicos posteriores se constata su desaparición completa a los 2 meses de vida.

**Conclusiones:** Las ránulas congénitas son un cuadro infrecuente formándose por obstrucción de las glándulas salivares sublinguales. Su diagnóstico es clínico, siendo diagnosticadas ocasionalmente de forma prenatal mediante ecografía. El tratamiento consiste en la observación dada su tendencia a la resolución espontánea. En aquellos casos en los que por su elevado tamaño dificulte la alimentación, obstruya la vía aérea o produzca incomodidad pueden drenarse mediante aspiración. En caso de recurrencia pueden llegar a requerir su extirpación mediante cirugía.

#### P-097

##### RECIÉN NACIDO CON ALOPECIA E HIPOPLASIA DE FALANGES

Raya Pérez, M.; García, C.P.; Arrabal, M.A.; Bejarano, N.; Raya, M.I.; Pascual Martín, M.; García Cabezas, M.A.

Hospital General, Ciudad Real

Las genodermatosis constituyen un grupo de enfermedades de patrón hereditario cuyas manifestaciones radican en la piel y sus anejos. La presencia de una placa alopécica cicatricial al nacimiento, normalmente localizada en cuero cabelludo, caracteriza a la aplasia cutis congénita.

**RN varón** Parto eutócico a término. Apgar9/10. P:2530g (<P10) L:43cm (<P10) PC:30,5cm (<P10)

**Fenotipo:** placa alopécica 4x5cm en región parietal. Hipoplasia falanges distales y uñas pie izquierdo.

**PC:** Analítica, Ecografía abdominal, Ecocardiograma, Fondo de ojo: Normales. Cariotipo: 46XY.

**Rx cráneo:** adelgazamiento cortical.

**Discusión:** El Síndrome de Adams-Oliver (OMIM 100300) es una genodermatosis caracterizada por defectos congénitos que afectan al cuero cabelludo, sistema vascular y extremidades. Frecuencia estimada: 0,44/100.000 RN. Presenta una herencia AD con expresividad variable.

El diagnóstico se basa en la presencia de aplasia cutis congénita y defectos asimétricos de extremidades (ausencia o hipoplasia de falanges distales y dedos). Se han descrito la presencia de otros defectos asociados (cutis marmorata telangiectásico (20%), dilatación y tortuosidad de venas de cuero cabelludo (12-20%), malformaciones cardiacas, renales, microcefalia o ventriculomegalia).

El tratamiento dependerá de los órganos afectados y grado de compromiso de los mismos. Pronóstico variable según complicaciones.

Dada la expresividad variable del síndrome de Adams-Oliver, es importante reconocer la presencia de rasgos mínimos en los pacientes que presenten aplasia cutis congénita.

#### P-098

##### URGENCIAS EN EL NEONATO MENOR DE 15 DÍAS, IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

López Mármol, A.B.; Trassierra Molina, D.; Pino Gálvez, M.A.;  
Montes Peña, M.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Objetivo:** Características de los neonatos menores de 15 días que acuden al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Metodología. Revisión retrospectiva de las consultas en el servicio de Urgencias Pediátricas de los neonatos menores de 15 días desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2014.

**Resultados:** Se consultaron 234 historias con una mediana de edad de 7,5 días. El 56,8% fueron varones. El 37,6% de los progenitores eran primerizos. La franja horaria más consultada fue entre las 12 y 14 horas. El principal motivo de consulta fue sangrado/sospecha de infección del cordón umbilical (19,7%) e irritabilidad (17,5%). El 47,4% había acudido previamente a la primera consulta en su centro de salud y en un 69,2% se había realizado alta precoz desde el servicio de Neonatología. No fueron necesarias pruebas complementarias en el 74,8%. Requirieron ingreso el 10,7%, principalmente por fiebre sin foco.

**Conclusiones:** Es necesario conocer los problemas de salud que afectan a nuestra población neonatal, así como cuántos

les son las situaciones o procesos que más preocupan a sus progenitores con la finalidad de mejorar la calidad de la atención ofrecida a los distintos niveles (Maternidad, Atención Primaria y Urgencias).

#### P-099

##### SÍNDROME DE MUCKLE-WELLS: UN RETO DIAGNÓSTICO

Varela Rey, V.; Mota Liñares, C.P.; Bouzón Alejandro, M.; Dosil Gallardo, S.; López Rivas, M.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,  
Santiago de Compostela

Los síndromes periódicos asociados a criopirina son enfermedades autoinflamatorias de herencia autosómica dominante que engloban tres entidades clínicas en función de la gravedad. El Síndrome de Muckle-Wells (SMW) es la entidad de gravedad intermedia, de inicio en la infancia. Son complicaciones a largo plazo, la sordera neurosensorial (60%) y la amiloidosis (25%).

**Caso clínico:** Paciente de 4 años que presenta a lo largo de 24 meses, cuatro episodios de meningitis asépticas y puntualmente exantema cutáneo inespecífico, artralgias leves y transitorias, conjuntivitis seca y reactantes de fase aguda elevados, sin historia de fiebre recurrente. Se realizaron diversos estudios de búsqueda de infecciones, alteraciones de la inmunidad, defectos anatómicos del sistema nervioso central y tumores, que fueron negativos. Ante la sospecha de una enfermedad autoinflamatoria se solicita estudio genético de síndromes hereditarios de fiebre periódica detectándose mutación en el gen NLRP3 compatible con SMW. Se instaura tratamiento con anakinra, tras lo cual está asintomático.

**Conclusiones:** Estos síndromes representan un reto diagnóstico por la aparición de los datos clínicos de un modo progresivo en el tiempo. En este caso, la presentación de las dos primeras meningitis con Score de Boyer alto y la ausencia de fiebre recurrente, actuaron como elementos de confusión.

#### P-100

##### TALLA BAJA: ¿SIEMPRE DÉFICIT DE GH?

Valls Arévalo, Á.V.; Fraile Currius, R.; Peñalba Vidal, B.; Socatelli Castro, S.; Jiménez Portilla, M.; Sánchez Zahonero, J.; Ramírez González, A.  
Hospital Clínico Universitario, Valencia

**Objetivo:** Comunicar un caso de hipotiroidismo grave cuya única manifestación clínica fue un retraso de crecimiento importante.

**Caso clínico:** Niña de 12 años remitida por su pediatra a la Consulta de Encorinología por estancamiento estatural desde los 7 años, sin otra clínica asociada. No antecedentes personales de interés. La última visita a su centro de salud fue la correspondiente al control de los 6 años.

Exploración clínica: peso 32.6 kg SDS -1,12; talla 130,7 cm SDS -3.11; I.M.C 19,90 kg/m<sup>2</sup> SDS 0,14, Estadio Tanner S1,P1. Destaca un aspecto ligeramente tosco y leve xerosis cutánea, siendo el resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía de carpo (edad ósea de 9 años). Hemograma (normal), bioquímica (normal salvo por creatinina de 0.86 mg/dl y colesterol de 360 mg/dl) y estudio hormonal (TSH 754,10 µU/mL, T4L: 0,09 ng/dL, IGF-1 87,4 ng/mL e IGF-BP3 2,6 µg/mL). Ante hipotiroidismo grave, se inicia tratamiento con levotiroxina a 2

mcg/Kg/día, con mejoría de la velocidad de crecimiento y normalización de los parámetros analíticos.

**Conclusión:** Destacar la importancia de solicitar una determinación de hormonas tiroideas en todo niño estudiado por talla baja, puesto que el hipotiroidismo es una enfermedad mucho más frecuente que el déficit de GH.

#### P-101

##### CASO DE NIÑO NO INFECTADO DE MADRE PORTADORA DE HIV

Barahona Rondón, L.<sup>(1)</sup>; Vila Dupla, S.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Centro de Salud Valleaguado, Coslada; <sup>(2)</sup> Hospital Niño Jesús, Madrid

**Objetivo:** Diagnosticar posibles casos de niños portadores de HIV.

**Material y Métodos:** Niña nacida por parto eutócico, padres portadores de HIV, madre dio lactancia materna hasta los 9 meses, no utilizó profilaxis durante el parto, por desconocimiento de diagnóstico hasta un año después del nacimiento.

Asintomática hasta consulta, vacunas completas según calendario.

Acuden a consulta, cuando la niña tenía 18 meses para estudio y posible descarte de HIV.

**Resultados:** Se realizó en sangre en el laboratorio del HNJ, la presencia de: Anticuerpos Anti-VIH y el antígeno p24 (más específica), todos negativos.

La analítica se volvió repetir a los 3 meses, para descarte y confirmación de estado negativo de portador. Todo lo cual fue negativo. Se derivó a Infectología.

La niña no presentó ninguna sintomatología ni enfermedad intercurrente persistente.

**Conclusiones:** La tasa de transmisión sin aplicar medidas profilácticas es del 14-25%. Por vía intrauterina 10% de los casos, intraparto el 80% y posparto 5-10%.

En la literatura casos así son infrecuentes, sin utilizar medidas preventivas y estandarizadas según protocolos (parto cesárea, no lactancia materna, profilaxis pre-parto) los niños no se infecten.

#### P-102

##### LIQUEN PLANO: UNA ENTIDAD INFRECIENTE EN PEDIATRÍA

Torres Montori, A.<sup>(1)</sup>; Vega Gutiérrez, M.L.<sup>(2)</sup>; Vega Gutiérrez, J.<sup>(3)</sup>; Paz Payá, E.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Clínico Universitario, Valladolid; <sup>(2)</sup> CS Pilarica, Valladolid;

<sup>(3)</sup> Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid

**Anamnesis:** Niño de 11 años que acude por presentar en dorso de ambos pies lesiones papulosas, violáceas, de superficie plana con descamación, que confluyen en placas pruriginosas, de 15 días de evolución. No factor desencadenante ni clínica asociada. Antecedentes familiares: madre polínica. Antecedentes personales: dermatitis atópica, episodios de broncoespasmo desde los 2 a los 4 años, rinoconjuntivitis y asma leve estacional con sensibilización a gramíneas. Tratamiento sintomático e inmunoterapia oral. Exploración física: lesiones descritas en parte distal de EEII, de carácter simétrico. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: sospecha diagnóstica de liquen plano. Se inicia tratamiento con corticoide tópico alta potencia (prednicarato®) durante 15 días con mala respuesta: aparición de nuevas lesiones bilaterales en



piernas y cara anterior de antebrazos. Valorado por dermatología, se confirma el diagnóstico, manteniendo corticoterapia tópica y tratamiento alternativo con inmunomoduladores tópicos (tacrolimus 0,1%®), que no precisó. Resolución progresiva de las lesiones con hiperpigmentación residual al mes y medio de evolución.

**Conclusión:** El liquen plano es una patología muy infrecuente, debiéndose incluir en el diagnóstico diferencial con otras dermatitis papulodescamativas que puedan cursar con prurito. Generalmente es una entidad autolimitada y de evolución caprichosa. El tratamiento con corticoides tópicos u orales acelera la resolución y controla el prurito.

## GRUPO 13

### P-103

#### SÍNDROME DE PFAPA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

López Pacios, D.<sup>(1)</sup>; Fidalgo Álvarez, I.<sup>(2)</sup>; Blanco Franco, M.P.<sup>(3)</sup>; Serrano Crespo, N.<sup>(1)</sup>; Cuadra San Miguel, R.<sup>(1)</sup>; López González, M.I.<sup>(2)</sup>; Pérez Moran, A.<sup>(1)</sup>; Becerra González, E.<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup> Centro De Salud Ponferrada 3, Ponferrada; <sup>(2)</sup> Hospital El Bierzo, Ponferrada; <sup>(3)</sup> Centro De Salud Villablino, Villablino

**Introducción:** El Síndrome PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis pharyngitis and adenopathy), es la enfermedad más común dentro de los cuadros de fiebre recurrente en niños.

**Caso:** Niño de 25 meses, que desde hace 6 meses presenta episodios recurrentes de fiebre elevada, faringitis, aftas orales y adenopatías cervicales, cada 16 días. Tratados con antibióticos y antitérmicos duran unos 6 días. Entre episodios asintomático. Los episodios cursan con leucocitosis, neutrofilia, elevación de VSG y PCR. Inmunoglobulinas normales. IgD < 13 mg/dl. Cultivos frotis faríngeos y serologías víricas negativas. Con una dosis de prednisolona oral, la fiebre desapareció en menos de 4 horas, lo que sugiere un síndrome de PFAPA.

**Comentarios:** El síndrome de PFAPA es una entidad rara. Comienza entre 6 meses y 7 años. Es esporádico, no hereditario y benigno. Su etiología es desconocida. Se sospecha un mecanismo inmunológico. El diagnóstico es clínico y basado en el cumplimiento de criterios diagnósticos. El diagnóstico diferencial se plantea, entre otros, con neutropenia cíclica, fiebre mediterránea familiar, síndrome hiperIg D. El tratamiento es una dosis única de 2 mg/Kg de prednisona o prednisolona al inicio de la fiebre. En casos de alta recurrencia se propone amigdalectomía, aunque su eficacia para conseguir la remisión clínica es comparable a la medicación estándar.

### P-104

#### DÉFICIT DE MIELOPEROXIDASA COMO CAUSA DE FALSA NEUTROPENIA

Roda Canosa, T.; Carbonero Celis, M.J.; Garcia Carrasco, A.  
 HUV Macarena, Sevilla

**Introducción:** El déficit de mieloperoxidasa (MPO) es un trastorno hereditario autosómico recesivo, con un fenotipo clínico variable. 1/2.000 tienen un defecto parcial. En muchos laboratorios, los neutrófilos son identificados por su positividad para mieloperoxidasa. Pacientes con deficiencia de mieloperoxidasa pueden ser considerados como si tuvieran neutropenia severa. Más de 95% de pacientes esta deficiencia son

asintomáticos, a pesar de que en los estudios in vitro revelan que son menos eficaces que los neutrófilos normales en la respuesta contra *C. albicans* y formas de hifas de *A. fumigatus*. El diagnóstico definitivo se establece mediante tinción histoquímica para mieloperoxidasa de los neutrófilos.

**Resumen del caso:** Lactante de 4 meses consulta por fiebre máxima de 39.8°C, que se acompaña de decaimiento y rechazo de las tomas. Exploración física por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Hemograma: Leucocitos 13180, Neutrófilos 1.4% (190), Linfocitos 27.3% (3600), Monocitos 21.3% (2.810), Eosinófilos 0.6% (80), LUC49% (6460). Serie roja y plaquetaria normales. Frotis de sangre periférica: Serie roja y plaquetaria normales. Leucocitos: N45%, L42%, M10%, E 3%. Linfocitos de aspecto activado. Déficit parcial de mieloperoxidasa (informe de hematología). PCR 28.1 mg/L. PCT 0.1 ng/ml. Tira reactiva de orina normal. Urocultivo negativo. JC: déficit parcial de mieloperoxidasa.

**Comentarios:** Ante el hallazgo de una neutropenia en un niño se debe realizar la confirmación del diagnóstico mediante frotis de sangre periférica.

Una vez realizado el diagnóstico de déficit de mieloperoxidasa debe informarse a la familia, para procesos posteriores, que deberá realizarse frotis de sangre periférica, para valorar de forma adecuada el resultado de los hemogramas.

### P-105

#### DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR SENSIBILIZACIÓN A PARAFENILENDIAMINA

Roncero Toscano, M.L.; Abad, N.; Álvarez, N.; Fernández-Luis, S.; Sánchez-Villares, C.; Castro, L.; Muñoz-Bellido, F.; Moreno, E.; Macías, E.M.  
 Hospital Salamanca, Salamanca

La henna es un pigmento natural extraído de la planta *Lawsonia inermis*. Se aplica sobre pelo o piel y su capacidad de sensibilización es baja. Dado que la duración del tatuaje es corta se le añaden sustancias para aumentar su estabilidad y duración, entre ellas la parafenilendiamina (PPD), sustancia con alto poder sensibilizante.

Describimos un paciente de 7 años al que 10 días después de realizarle un tatuaje de henna en la pierna le aparecieron lesiones micropapulosas y posteriormente vesiculosas sobre la forma de delfín del tatuaje. Fue remitido a Alergología donde realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar True Test® con resultado positivo para p-fenilendiamina y con batería de colorantes orgánicos (p-aminobenceno, p-aminofenol, disperse blue 3, orange 1 y 3, red 1 y 17, yellow 3 y 9 y eosina) con resultado positivo para todos menos para la eosina.

Muchos de los sensibilizados a PPD pueden tener reacciones cruzadas con tintes, anestésicos locales, y otros productos químicos, por lo que su contacto debe ser evitado. La sensibilización a la PPD está en aumento por el creciente uso de tatuajes en la población infantojuvenil, por lo que se debería regular su uso por las importantes consecuencias que supone sobre la salud.



## P-106

**EPISODIO SINCOPAL EN NIÑA CON URTICARIA FÍSICA**

Andrade Navarro, M.T.; Marín Cassinello, A.; Campo Barasoain, A.; Román Fernández, A.  
Hospital Virgen Macarena, Sevilla

**Introducción:** La urticaria a frígore es una urticaria crónica poco común desencadenada por exposición al frío. Aparece rash cutáneo y/o habones pruriginosos. Pueden desarrollar angioedema con riesgo de shock distributivo.

**Resumen del caso:** Niña de 11 años con episodio de pérdida de conciencia de 5-10 segundos al salir de la piscina. Tras recuperarse, volvió a perder el conocimiento 30 segundos. Exploración física y constantes en Urgencias normales. Antecedentes personales: Referían habones pruriginosos desde hace 2 años, al bañarse en playa/piscina, que desaparecían en 20-30 minutos tras salir del agua. No presentó angioedema/síncope/hipotensión con anterioridad. Se sospechó urticaria física, solicitando analítica que incluía complemento, inmunocomplejos circulantes, crioglobulinas y crioaglutininas, entre otros, normales. El test de provocación ("test del cubito de hielo"), reprodujo habón de 10x4cm (6 minutos), confirmando urticaria a frígore. El enfoque terapéutico va orientado a medidas preventivas y tratamiento sintomático (antihistamínicos anti-H1 eficaces).

**Comentarios:** La urticaria a frígore se desencadena por el frío. El diagnóstico está basado en la clínica y en el "Test de cubito de hielo". Tratamiento combinado: medidas preventivas y sintomáticas. Debe disponer de forma permanente de adrenalina auto-inyectable. Si cirugía, adecuar temperatura de infusiones intravenosas y quirófano. Pronóstico variable, suelen tender a la involución.

## P-107

**DERMATOSIS IGA LINEAL:****SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Peláez Cabrera, M.J.<sup>(1)</sup>; Gallego Alcaide, M.J.<sup>(1)</sup>; Portero García, N.M.<sup>(1)</sup>; Rivera Sánchez, N.<sup>(1)</sup>; Moreno Salgado, J.L.<sup>(1)</sup>; Pérez Serralvo, C.<sup>(2)</sup>; Vaquero Gómez, C.<sup>(3)</sup>  
<sup>(1)</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva;  
<sup>(2)</sup>Centro Salud Huelva Centro, Huelva; <sup>(3)</sup>Huelva, Huelva

**Introducción:** La dermatosis IgA lineal infantil es un trastorno autoinmunitario poco frecuente. Consiste en brotes de lesiones vesiculosas y ampollas, con tendencia a la resolución espontánea. La etiopatogenia es desconocida, aunque se relaciona con fármacos, infecciones, enfermedades inmunes y linfoproliferativas. El tratamiento de elección es la sulfona en dosis creciente según respuesta clínica y tolerancia. Deben realizarse controles periódicos incluyendo: hemograma, reticulocitos, haptoglobina, metahemoglobina y perfil hepático para controlar los posibles efectos hematológicos indeseables (metahemoglobinemia, hemólisis).

**Caso clínico:** Niña de 5 años seguida en Dermatología por Dermatitis IgA lineal con mala respuesta a Dapsona y esteroides a altas dosis. Incremento progresivo de la dosis de Dapsona hasta 50 mg/día con mejoría parcial y anemia llativa.

Acude por empeoramiento de las lesiones a pesar de tratamiento correcto. A la exploración presenta lesiones anulares y ampollas periféricas, en genitales y zona perianal.

Pruebas complementarias: hemogramas seriados con valor mínimo de hemoglobina al inicio 10.7 g/dl y en último

control 11.1 g/dl.

Tratamiento actual: Dapsona 75mg/día, Prednisona 15mg/día, hidroxizina 50 mg/día.

**Conclusión:** Es importante realizar seguimiento por parte del Pediatra de Atención Primaria de esta enfermedad, tanto de la evolución clínica de la misma, como del tratamiento y sus posibles efectos secundarios.

## P-108

**CASO CLÍNICO: NIÑA CON FIEBRE Y EXANTEMA DE CAUSA POCO HABITUAL**

Sagarra Novellon, D.; Sorribes I Storch, J.; Verastegui Martínez, C.; Murillo Sanjuán, L.; Laliena Aznar, S.; Rodríguez-Vigil Iturrate, C.  
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

Lactante de 9 meses que presenta fiebre intermitente de 18 días de evolución y exantema evanescente en manos y pies. En la exploración destaca exantema maculopapuloso generalizado que afecta cara, tronco y extremidades y no afecta palmas ni plantas. Hepatoesplenomegalia y adenopatías laterocervicales y occipitales

Se realizan pruebas microbiológicas y de imagen siendo todas ellas anodinas salvo aspirado nasofaríngeo positivo a VRS. En analítica sanguínea destaca: Hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, citopenias y aumento de reactantes de fase aguda.

Ante estos hallazgos la sospecha diagnóstica es de una linfocitosis hemofagocítica (LHH), síndrome de activación de los macrófagos.

Suele presentarse durante los primeros meses de vida.

Incidencia: 1 de cada 50.000 nacimientos. Se produce un desbalance entre una actividad citotóxica deficiente y activación de los histiocitos y linfocitos T en el sistema retículo-endotelial, responsable de la mayoría de los síntomas.

Tratamiento inmunosupresor durante 9 semanas y de inicio precoz siendo la única curación definitiva el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

En el caso de esta paciente, ante nueva elevación de ferritina y empeoramiento de enzimas hepáticas, coagulación y reactantes de fase aguda se decide iniciar tratamiento con corticoides sistémicos (Dexametasona) y ciclosporina, presentando mejoría clínica y analítica.

## P-109

**LESIONES AMPOLLOSAS EN NIÑA CON PÚRPURA DE SCHÖLEIN-HENOCH**

Blanco Salvado, L.; López Baz, A.; Bouzón Alejandro, M.; Dosil Gallardo, S.; López Rivas, M.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela

**Introducción:** La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en niños. Suele asociar afectación cutánea (púrpura palpable), articular, gastrointestinal y renal. Al contrario que en adultos, las lesiones ampollas son excepcionales.

**Caso clínico:** Paciente de 6 años tratada con hidrocortisona por hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-alfa-hidroxilasa desde los 5 años. Ingres a los 20 días de evolución de una PSH por reactivación de lesiones cutáneas y dolor abdominal, vómitos con coágulos de sangre y hematoquecia.

En la exploración física destaca afectación del estado general, intensa palidez cutánea, leve defensa en hemiabdomen derecho y múltiples lesiones purpúricas generalizadas, algunas de ellas ampollas.

En ecografía abdominal se detecta invaginación ileo-ileal que se resolvió espontáneamente. Tras descartar infección sistémica, se pauta prednisona, nutrición parenteral y analgesia, cediendo el dolor abdominal y mejorando progresivamente las lesiones cutáneas. En el curso evolutivo presenta hematuria, proteinuria e hipertensión arterial.

#### Conclusión:

- La aparición de lesiones ampollas en la PSH es infrecuente en niños.
- Su presencia no parece asociarse a un peor pronóstico de la enfermedad ni a corto ni a largo plazo.
- Aunque no existe consenso acerca del manejo de las lesiones ampollas en la PSH, los corticoides parecen beneficiosos.

#### P-110

### SOSPECHA CLÍNICA ANTE LA VIRILIZACIÓN DE GENITALES EXTERNOS AL NACIMIENTO

Cano Sciarrotta, R.; Benavides Nieto, M.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo:** La Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) es una de las endocrinopatías más frecuentes en la infancia. Engloba los trastornos hereditarios de la esteroidogénesis suprarrenal del cortisol y se heredan de forma autosómica recesiva.

El diagnóstico precoz de la HSC mediante pruebas moleculares ha supuesto un avance importante en el manejo de la enfermedad. Permite que los pacientes puedan ser tratados antes de las manifestaciones clínicas.

**Caso clínico:** AF: Padres VIH +, resto sin interés.

AP: Gestación gemelar de EG: 32 semanas, parto sin incidencias.

G1: presenta al nacimiento tubérculo genital de 10 x 9 mm, parcialmente bífido, labios ligeramente hiperplásicos, poco pigmentados, no se palpan gónadas.

G2: similar a la exploración con tamaño 8 x 10 mm.

Durante su estancia en neonatal no presentan clínica pierde sal durante un seguimiento de 20 días.

Al alta controlada en consultas, observándose: una disminución del tamaño del clítoris de ambas y sin presentar alteraciones iónicas.

**Pruebas complementarias:** Testosterona, DHEAS, 17 OH progesterona y androstediona elevados.

Eco suprarrenales ligeramente engrosadas.

**Conclusión:** Juicio clínico: HSC por déficit de 21Hidroxilasa, forma virilizante simple (no afectación gluco ni mineralocorticoide).

La correlación con el genotipo ayuda a plantearse necesidades terapéuticas y abordar mejor el tratamiento sustitutivo a largo plazo.

#### P-111

### CRISIS GELÁSTICA COMO CRISIS FEBRIL ATÍPICA

Peñalba Vidal, B.; Valls Arévalo, Á.V.; Fraile Currius, R.; Jiménez Portilla, M.; Ramírez González, A.; Socatelli Castro, S.; Monfort Belenguer, L.  
Clínico Valencia, Valencia

**Objetivo:** Comunicar un caso que manifestó una crisis febril atípica poco conocida por su baja frecuencia.

#### Caso clínico:

**Anamnesis:** Niño de 2 años que acude a Urgencias por crisis gelástica (convulsión caracterizada por risa incontraída) en el contexto de un cuadro febril. Antecedente de anemia ferropénica en tratamiento, resto sin interés.

**Exploración clínica:** Peso 10,900 kg (p3-10), Temperatura 39°C, tensión arterial 117/66 mmHg, frecuencia cardíaca 124 lpm, Saturación O<sub>2</sub> 100%, Glucemia digital 175 mg/dL. Orofaringe: hiperemia amigdalal, sin exudados, resto normal.

**Exploraciones complementarias:** Equilibrio ácido-base (normal), bioquímica sangre (proteína C reactiva 14,3 mg/L, resto normal), hemograma (normal), hemocultivo (negativo), aspirado nasofaríngeo (Influenza A positivo), resonancia magnética cerebral (normal), electroencefalogramas con y sin privación de sueño (normales).

Durante su estancia en Sala tuvo un episodio convulsivo más leve. Dada la ausencia de nuevos episodios con exploraciones complementarias normales se decidió seguimiento por neuropediatra sin administrar fármacos antiepilépticos.

**Conclusión:** Aunque las crisis gelásticas son muy infrecuentes, hay que recordar que constituyen una variante de convulsiones febriles atípicas.

#### P-112

### LESIONES ÓSEAS BENIGNAS: DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A LA RESOLUCIÓN

Fernández Miaja, M.<sup>(1)</sup>; Mata Zubillaga, D.<sup>(2)</sup>; Miaja Quiñones, J.<sup>(3)</sup>; Peña Hernández, E.<sup>(3)</sup>.  
<sup>(1)</sup> Hospital de El Bierzo, Ponferrada; <sup>(2)</sup> Cent de Salud Ponferrada IV, Ponferrada; <sup>(3)</sup> Centro de Salud Mieres Sur, Mieres

Las lesiones óseas más frecuentes en la infancia no son tumorales, sino pseudotumorales o tumores benignos. Habitualmente su crecimiento es lento, la forma de presentación es leve e inespecífica y no comprometen la vida del paciente. Presentamos un caso de cada tipo.

	Sintomatología	Exploración física	Pruebas imagen	Tratamiento
Varón 10 años	Dolor leve pierna y dorso pie izquierdos.	Tumefacción. Limitación dorsiflexión. Hematoma.	Radiografía: Quiste óseo. TAC: <b>Quiste óseo aneurismático</b> .	Férula 1 mes. Curetaje y relleno con injertos homólogos.
Varón 5 años	Dolor nocturno en pie derecho que cede AAS. Artralgia caderas y tobillos hace dos años.	Dolor rotación interna y aducción cadera y ligamento externo tobillo homolateral.	Radiografía: Normal. RMN y TAC: <b>Osteoma osteoide;</b> fractura patológica.	Radiofrecuencia con visión radioscópica.

**Comentarios:**

- El quiste óseo aneurismático es una lesión quística no tumoral. Suele ser indoloro. Puede presentar un comportamiento agresivo.
- El osteoma osteoide es un tumor benigno de la serie osteogénica. Produce dolor de predominio nocturno que cede con salicilatos.
- El principal diagnóstico diferencial se establece con tumores malignos, mucho menos frecuentes. Las pruebas de imagen son útiles y la biopsia definitiva.
- El tratamiento quirúrgico suele ser curativo, siendo cada vez más empleadas técnicas mínimamente invasivas.

**GRUPO 14****P-113****¿CUÁNTO SABEMOS DE LA ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES?**

Fernández Peregrina, S. <sup>(1)</sup>; Aguilar Albarraçín, C. <sup>(1)</sup>; Puerta Ordoñez, M.D. <sup>(1)</sup>; Molina Valera, J. <sup>(2)</sup>; Ramos Martín, J.L. <sup>(3)</sup>; Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>(2)</sup> Centro de Salud Roquetas Sur, Roquetas De Mar; <sup>(3)</sup> Hospital Huerca Overa, Huerca Overa Almería

Junto con la sinovitis transitoria de cadera, la artritis séptica y la epifisiolisis femoral, la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes se plantea dentro del diagnóstico diferencial de cojera en la edad infantil.

Es más frecuente en niños entre los 3-10 años, comenzando de forma insidiosa y de forma unilateral (90%) y pudiéndose perpetuar durante meses. Su etiología no está aún esclarecida, aunque diferentes autores sugieren que el tabaquismo pasivo, los traumatismos repetidos, la talla baja y el retraso en la edad ósea podrían estar implicados en el desarrollo de esta enfermedad.

Presentamos un caso clínico ilustrativo:

**Anamnesis:** Escolar de 6 años, mujer, que consulta por cojera y dolor en cadera derecha con la deambulación de una semana de evolución. No traumatismos previos. No antecedentes médicos de interés. Bien vacunada.

**Exploración:** Marcha antiálgica con extensión de miembro inferior derecho. No hematomas ni deformidades visibles. Limitación de la flexión y rotación, tanto interna como externa, de la cadera derecha. No limitada la abducción. No lesiones vasculonerviosas asociadas. Fuerza y sensibilidad de miembros inferiores conservada.

**Diagnóstico:** Clínico y radiológico: fragmentación cabeza femoral y reabsorción de hueso necrótico.

**Actitud terapéutica:** Reposo durante 10 días y tratamiento antiinflamatorio. Derivación a consultas externas de Traumatología para control evolutivo.

**P-114****ESCOLIOSIS GRAVE. IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Portero García, N.M. <sup>(1)</sup>; Rivera Sánchez, N. <sup>(1)</sup>; Moreno Salgado, J.L. <sup>(1)</sup>; Peláez Cabrera, M.J. <sup>(1)</sup>; Gallego Alcaide, M.J. <sup>(1)</sup>; Pérez Serralvo, C. <sup>(2)</sup>; Baquero Gómez, C. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>(2)</sup> Centro de Salud Huelva-Centro, Huelva

**Introducción:** La escoliosis es una desviación de la columna vertebral que se presenta como una curva estructu-

ral en forma de "S" o "C" determinando una deformidad del tronco. La forma más común es la escoliosis idiopática que se presenta en la fase de crecimiento y ocasionará importantes efectos funcionales y estéticos.

**Caso clínico:** Niña de 11 años, sin antecedentes de interés, no ha acudido a los controles del niño sano.

Presenta desde hace un mes episodios de dolor de espalda que ceden parcialmente a analgesia y que limitan su actividad habitual. No traumatismo previo, ni realización de ejercicio físico.

**Exploración:** Asimetría escapular evidente, giba dorsal muy marcada. No otros hallazgos.

**Pruebas complementarias:** Teleradiografía de columna AP y Lateral donde se aprecia escoliosis grave con ángulo de Cobb > 45°.

**Tratamiento:** Derivamos a Rehabilitación y Traumatología. Prescribimos corsé a la espera de valoración quirúrgica.

**Conclusiones:** Es importante la realización de los controles de salud en Atención Primaria entre los que se encuentra la exploración de columna.

Estos controles nos permiten diagnosticar las enfermedades como la escoliosis en estadios iniciales.

En las fases de crecimiento rápido vigilar la aparición de deformidades de columna.

Dependiendo del grado de escoliosis existirán diferentes abordajes terapéuticos.

**P-115****CELULITIS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA CON TENOSINOVITIS SECUNDARIA A PÚA DE PALMERA**

Iglesias Griñant, S. <sup>(1)</sup>; Piqué, R. <sup>(1)</sup>; Trias, E. <sup>(1)</sup>; Vanaclocha, R. <sup>(1)</sup>; Jacobsen, U. <sup>(1)</sup>; Bosch, M. <sup>(1)</sup>; Coma, A. <sup>(2)</sup>; De Quixano, M. <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> CAPI Casernes, Barcelona; <sup>(2)</sup> Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

**Anamnesis:** Varón, 14 años que sufre caída accidental sobre una palmera. Se realiza extracción de púa del primer dedo de la mano y tratamiento con cefuroxima. Tras 7 días viene al CAP por persistencia de dolor, rubor e impotencia funcional de muñeca. Se sospecha celulitis y cambiamos a amoxicilina-clavulánico. Dada la mala evolución se remite al hospital en dos ocasiones más, la primera se inmoviliza con férula y se cambia a ciprofloxacino y la segunda (35 días después del incidente) se decide ingreso para estudio.

**Exploración física:** Inflamación, eritema, hiperalgia en muñeca derecha irradiada a primer dedo. Afectación del extensor del pulgar. Nódulo de 1 centímetro en muñeca.

**Exploraciones:**

- Radiografía: aumento de partes blandas.
- Ecografía: cuerpo extraño lineal de 3'6x1'4 milímetros contactando con tendones extensores.

**Tratamiento:** Antibioterapia endovenosa con cloxacilina e intervención quirúrgica (retirada de púa de palmera de 3'9 milímetros).

**Conclusiones:**

- Las lesiones por púas de palmera suelen presentarse de forma insidiosa, provocando retraso en el diagnóstico y tratamiento.
- La fragmentación de las púas es frecuente y provocan reacción inflamatoria de tejidos blandos y sinovitis granulomatosa estéril.
- La ecografía es más sensible que la resonancia magnética para el diagnóstico de cuerpos extraños lineales.

## P-116

## COJERA INUSUAL EN LACTANTE

GARCÍA HERNÁNDEZ, L. <sup>(1)</sup>; BARBERA PÉREZ, P.M. <sup>(1)</sup>; PÉREZNavalón, L. <sup>(1)</sup>; Gómez Palacio, V. <sup>(2)</sup>; Mengual Gil, J.M. <sup>(3)</sup><sup>(1)</sup> Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;<sup>(2)</sup> Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza;<sup>(3)</sup> Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza

**Anamnesis:** Lactante de 21 meses que acude al Centro de Salud por cojera secundaria a gonalgia derecha desde 10 días. Afebril. Niegan traumatismos. El dolor no presenta predominio horario y tiene características mecánicas, sin respuesta a anti-inflamatorios. Niegan otra clínica. No antecedentes previos.

**Exploración clínica:** Buen estado general; en rodilla derecha signos inflamatorios locales, sin calor ni rubor, con limitación parcial para movilidad. Caderas sin alteraciones. Resto dentro normalidad.

**Procedimientos diagnósticos:** Se realiza radiografía urgente objetivándose lesión osteolítica en fémur distal y analítica sanguínea (leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes fase aguda). TC con única lesión focal osteolítica en tercio distal del fémur, bordes geográficos bien definidos, sugiriendo una osteomielitis subaguda tipo absceso de Brodie.

**Procedimientos terapéuticos:** Inicialmente tratamiento antibiótico; posteriormente, a nivel Hospitalario se realiza un curetaje de la lesión.

**Conclusiones:** La osteomielitis subaguda tipo absceso Brodie es una entidad creciente en las últimas décadas. La debemos sospechar en pacientes pediátricos con dolor óseo persistente. El pronóstico es bueno siendo más frecuentes las complicaciones a menor edad.

El conocimiento de las características radiológicas en una radiografía simple de las lesiones osteolíticas junto con la clínica, nos permite realizar el diagnóstico y la gestión del caso desde Atención Primaria.

## P-117

## ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE TARSALGIA

Ardanuy Pizarro, A.V.; Martínez Andaluz, C.;

Melón Pardo, M.; De Vera McMullan, P.

Virgen Rocío, Sevilla

**Introducción:** La enfermedad de Kohler es una necrosis avascular que afecta al núcleo de osificación del escafoides tarsiano. Suele afectar a niños entre 3 y 7 años. La etiología es desconocida, aunque puede deberse a microtraumatismos repetidos. Cursa con dolor en la zona dorsomedial del tarso y/o cojera.

**Caso clínico:**

**Anamnesis:** Niño de 6 años que acude por dolor en el dorso del pie izquierdo con cojera de 48 horas de evolución. No traumatismo ni sobreesfuerzo físico previo. Afebril.

**Exploración:** Destaca tumefacción en zona dorsal y articulación del tobillo, con aumento de la temperatura local y eritema. Dolor a la palpación y con los movimientos pasivos de rotación del pie.

**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía articular en la que se descarta la existencia de derrame. En la radiografía no se evidencian líneas de fractura, destacando un estrechamiento, esclerosis y fragmentación del escafoides, hallazgos sugestivos de enfermedad de Kohler. Se recomienda reposo y analgésicos.

**Conclusiones:** La enfermedad de Kohler debe incluirse en

el diagnóstico diferencial ante un dolor de tipo mecánico a nivel del medio pie.

La radiografía nos dará el diagnóstico definitivo.

El tratamiento suele ser sintomático y la evolución generalmente hacia la resolución clínica y radiológica.

## P-118

## EFICACIA DE LOS AGENTES BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gallego Alcaide, M.J.; Portero García, N.M.; Rivera Sánchez, N.R.; Moreno Salgado, J.L.; Peláez Cabrera, M.J.;

Jiménez Crespo, M.B.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

**Introducción:** El mayor conocimiento de la patogenia de las enfermedades reumatológicas, ha permitido desarrollar nuevos fármacos biológicos dirigidos contra dianas específicas, (moléculas de adhesión, citocinas o linfocitos) que han logrado revolucionar el tratamiento y pronóstico de estas enfermedades, aumentando las tasas de remisión.

**Caso clínico:** Niña de 23 meses con fiebre alta de 5 días, exantema asalmonado y artralgias, sin respuesta a tratamiento antibiótico previo. Analíticamente presenta elevación de los parámetros inflamatorios, descartándose patología infecciosa y tumoral. Tras permanecer 17 días con fiebre, y el agravamiento de los síntomas acompañantes, se plantea la posibilidad de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) de inicio sistémico, consiguiéndose su remisión en un primer momento con corticoterapia y metotrexato; pero por el mantenimiento de los brotes, se decide tratamiento con anakinra, inhibidor de IL-1. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

**Conclusión:** El diagnóstico de AIJ es clínico y de exclusión; el tipo la dará la forma de inicio. Su tratamiento es a menudo difícil, con riesgo de morbilidad, por ello, el uso de terapias biológicas, ante casos de no respuesta a tratamientos tradicionales, se postula como eficaz y seguro a largo plazo. Precisa de controles analíticos seriados por sus posibles alteraciones.

## P-119

## BROTE AGUDO EXTENSO DE DERMATITIS ATÓPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Aguilar Albarracín, C. <sup>(1)</sup>; Fernández Peregrina, S. <sup>(1)</sup>; Molina Valera, J. <sup>(2)</sup>; Devesa Del Valle, A. <sup>(1)</sup>; Mañas Uxó, M.I. <sup>(1)</sup><sup>(1)</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería;<sup>(2)</sup> Centro de Salud Roquetas Sur, Roquetas de Mar

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria que ocurre en individuos con una historia personal o familiar de atopía. Se caracteriza por lesiones de dermatitis, prurito y xerosis de curso crónico y brotes intermitentes alternando con fases de remisión. Es la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la edad pediátrica y afecta a un 10% de los niños en alguna etapa de su vida. Presentamos un caso clínico diagnosticado en Atención Primaria.

**Anamnesis:** Lactante de 9 meses con lesiones ecematosas extensas en tronco, región axilar, abdomen, pliegues auriculares y el cuero cabelludo. Afebril, no otra sintomatología. Episodios previos, pero de menor extensión.

**Exploración:** Buen estado general, únicamente las lesiones descritas.



**Diagnóstico:** Clínico.

**Tratamiento:** Se pauta tratamiento tópico con corticoides de mediana potencia 2 veces al día hasta resolución del brote agudo junto con medidas de hidratación y pautas de baño cada 2-3 días.

**Conclusiones:** La dermatitis atópica es una entidad frecuente y de inicio en la infancia. El pediatra deberá establecer un diagnóstico de sospecha ante una dermatitis pruriginosa persistente o recurrente de más de seis semanas de duración. Es importante su adecuado manejo, pudiendo aparecer complicaciones como la sobreinfección bacteriana por deterioro de la función de barrera cutánea.

#### P-120

##### ERITEMA MULTIFORME MINOR ASOCIADO A ORUGA DE LA PROCESIONARIA DEL PINO

Quirós Romero, F.<sup>(1)</sup>; Muro Moreno, G.<sup>(2)</sup>; Latorre Muro, I.<sup>(3)</sup>; Romero Ruiz, M.D.C.<sup>(4)</sup>; Torres Saavedra, M.N.<sup>(5)</sup>; Pulido Bosch, M.R.<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup> UGC Pediatría Interniveles Norte Úbeda Jaén, Úbeda; <sup>(2)</sup> UGC Interniveles Úbeda; <sup>(3)</sup> "Alejandro Otero", Granada; <sup>(4)</sup> Neurotraumatológico Jaén, Jaén; <sup>(5)</sup> Gregorio Marañón, Madrid; <sup>(6)</sup> ZBS Valle, Jaén

**Introducción:** El Eritema Multiforme es una dermatosis autolimitada, simétrica, polimorfa, producida por hipersensibilidad tipo III-IV a diversos agentes, sin descartar otras etiopatogénicas.

La Procesionaria del Pino causa en ambientes rurales, calurosos, en primavera, dermatosis irritativas, alérgicas, pruriginosas.

Presentamos un caso de Eritema Multiforme recidivante no asociado a herpes simple, causa primera.

**Objetivos:** Aportar posibles causas del Eritema Multiforme.

**Anamnesis y exploración física:** Abril 2014:

Niña, 9 años, hábitat rural, sin toma de fármacos, diagnosticada de dermatosis por Procesionaria 15 días antes, que cura en 4 días. Presenta exantema polimorfo, con pápulas, vesículas en zonas distales de extremidades, con lesiones "diana". Afectación importante de mucosa bucal. Afebril.

**Diagnóstico:** 1.- Clínico: Eritema Multiforme menor.

2.- Etiológico: Analítica negativa incluida IgM para herpes simple.

**Tratamiento:** Sintomático.

Abril 2015:

Nuevo brote de Eritema Multiforme menor coincidiendo con plaga de Procesionaria, con analítica nuevamente negativa.

**Conclusiones:**

- La negatividad de la IgM para el virus del herpes simple.
- La coincidencia de ambos brotes con epidemia por Procesionaria.
- La amplitud anual del intervalo interbrotes.

Todo esto nos lleva a considerar la etiología y patogenia del Eritema Multiforme como un listado abierto a nuevas aportaciones, considerando una de ellas, la Procesionaria del Pino.

#### GRUPO 15

#### P-121

##### LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA INTERPRETACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Llanos Alonso, N.; Pascual Moreno, P.; Araujo García, T.; Muñoz Pérez, S.; García-Navas Núñez, D.; Vera Torres, M.; Camarena Pavón, N.; González García, A.; Tort Cartró, C.; Hernández Martín, R.; Zambrano Castaño, M.  
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Cáceres

Las palpitaciones son frecuentes en Atención Primaria (AP). La mayoría son banales pero generan preocupación, pudiendo enmascarar patología cardiológica. La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) es la arritmia patológica pediátrica más común, tras las extrasístoles. El electrocardiograma (ECG) es típico permitiendo diagnóstico y tratamiento precoces.

**Caso clínico:** Adolescente consulta en AP por episodio súbito de palpitaciones. ECG: taquicardia regular, QRS estrecho 200 lpm, ondas "p" retrógradas. Cese completo tras maniobras vasovagales. Cardiología: TPSV intranodal, pendiente estudio electrofisiológico.

**Comentarios:** La TPSV se presenta en adolescentes como palpitaciones con dolor torácico, disnea o síncope, suelen ceder con maniobras vasovagales. ECG: taquicardia mayor 200 lpm, QRS regulares estrechos, ondas "p" ausentes o anormales.

El ECG es accesible desde AP y básico en el diagnóstico de TPSV: su correcta interpretación resulta esencial.

La función del pediatra de AP es clave: la anamnesis y exploración física unidas al ECG le permitirá abordar un caso de palpitaciones, adoptando la actitud más adecuada.

#### P-122

##### CALOR Y DOLOR, UNA RELACIÓN PELIGROSA

Bonjoch Marí, C.; Roger, M.; Vilagrà, G.; Fernández, L.; Otero, A.  
Quirón Dexeus, Barcelona

**Introducción:** Realizar ejercicio expuesto a temperaturas altas y sin beber suficiente líquido puede propiciar postración y malestar físico, calambres musculares y vómitos. Este proceso, junto con la administración de un fármaco nefrotóxico como ibuprofeno, puede precipitar una insuficiencia renal aguda (IRA).

**Caso clínico:** Niña de 12 años que acude a urgencias por abdominalgia, vómitos incoercibles y oliguria.

Dos días antes fue de excursión, mes de junio, 30°C. Llega a casa agotada, acalorada y con dolores musculares. Toma 400 mg de ibuprofeno que repite cada 8 horas. Empieza a vomitar y reduce la ingestión de líquidos.

Exploración física y tensión arterial normales.

Ecografía abdominal-renal y sedimento de orina normales.

Analítica: hemograma normal, elevación de reactantes de fase aguda, urea 0'81 g/L y creatinina 2'2 mg/dL.

Las cifras de osmolaridad urinaria y excreción fraccionada de sodio son compatibles con IRA renal.

Se inicia fluidoterapia endovenosa, 24 horas después normaliza la cifra de urea y hasta 48h después no normaliza la de creatinina.



Es dada de alta y los controles analíticos posteriores son normales.

**Comentario:** El pediatra debe recordar a las familias medidas para prevenir enfermedades relacionadas con el calor y, también, recomendar un uso racional de fármacos de libre acceso como ibuprofeno.

### P-123

#### LITIASIS RENAL EN NIÑA CON INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DE REPETICIÓN

Álvarez Álvarez, N.; Roncero Toscano, M.; Castro Corral, L.; Sánchez-Villares Lorenzo, C.; Abad Moreno, N.; Fernández Luis, S.; Criado Muriel, C.  
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Introducción:** La litiasis renal es una entidad infrecuente en la edad pediátrica. Su incidencia es desconocida y con variabilidad geográfica. La etiopatogenia es multifactorial e implica factores genéticos, anatómicos, metabólicos y nutricionales. La etiología más frecuente es la metabólica, seguida por las infecciones del tracto urinario (ITU).

**Caso clínico:** Niña de 9 años con ITU de repetición, sin antecedentes familiares de urolitiasis. En la exploración física presenta IMC 25.3 sin otros hallazgos.

La ecografía renal revela una litiasis de 7mm en riñón izquierdo y en el análisis de orina se observa hiperuricosuria con índice ácido úrico/creatinina 0,98. También presenta hiperuricemia y disminución del filtrado glomerular. Se realiza diagnóstico diferencial de hiperuricemia descartando posibles déficits enzimáticos. Reinterrogando a la familia constatamos que la paciente realiza dieta hipercalórica rica en purinas (queso curado), por lo que se inicia tratamiento dietético desapareciendo la litiasis a los 6 meses con normalización del filtrado glomerular.

**Comentarios:** Ante la litiasis renal es importante determinar su etiología, lo que facilitará el manejo tanto en fase aguda como en la prevención de recidivas.

Últimamente ha aumentado la litiasis de causa metabólica asociada a factores dietéticos, lo que otorga un papel fundamental a la dieta en el tratamiento de dicha patología.

### P-124

#### HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CAUSA POCO FRECUENTE, ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS?

Mendoza, B.; Marín, A.; Brea, A.; Marín, M.; Pérez, E.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es poco frecuente en edad temprana. La HTA más frecuente en población pediátrica es la secundaria, aunque la esencial es cada vez más frecuente debido a la obesidad infantil.

**Caso clínico: Anamnesis:** Niño de 10 años que es derivado por su pediatra de Atención Primaria por detección de HTA dentro del estudio de cefalea.

Antecedentes:

Madre: esclerosis múltiple, Wolff Parkinson White. Padre: cardiopatía isquémica. Abuela: HTA desde la juventud. Personales: obesidad, palpitaciones.

**Exploración Física:** IMC 27.8 ( $p > 99$ ) y TA sistólica y diastólica en los 4 miembros  $> p 99$  según percentiles para edad, sexo y talla.

**Pruebas Complementarias:** Estudio etiológico ampliado

de HTA. ECG normal. Acidosis metabólica. HTA confirmada por MAPA. Aldosterona normal y renina disminuida. En orina: EFN<sub>a</sub>, K<sup>+</sup>, gradiente transtubular de K disminuidos. No complicaciones en los órganos diana. Diagnóstico casual de síndrome del Cascanueces (ecografía-doppler renal).

**Juicio Clínico:** Pseudohipoaldosteronismo tipo 2 o Síndrome de Gordon.

**Tratamiento y evolución:** La TA, hiperpotasemia y la acidosis se normalizaron tras iniciar tratamiento con tiazidas. Estudio genético pendiente (WNK1, WNK4).

**Comentarios:** El Síndrome de Gordon cursa con HTA, hiperpotasemia y acidosis metabólica, es una tubulopatía a nivel de la nefrona distal con base genética.

### P-125

#### CAUSA POCO FRECUENTE DE DESHIDRATACIÓN EN EL NEONATO

Verástegui Martínez, C.; Laliena, S.; Sancho, M.L.; Cuadrado, L.; Murillo, L.; Miguel, G.; Sagarra, D.; Justa, M.L.; Castillo, J.A.; Pinillos, R.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La aldosterona actúa principalmente en riñón. Su acción requiere la existencia del receptor mineralocorticoide y de proteínas transportadoras de sodio. El pseudohipoaldosteronismo es un desorden causado por una resistencia a la aldosterona.

**Caso clínico:** Mujer de 14 días de vida, remitida del centro de salud por estancamiento ponderal, vómitos y rechazo de tomas. Exploración física: peso  $< P5$ , aspecto distrófico, deshidratación de mucosas y signo del pliegue positivo. En controles gasométricos hiponatremia severa e hiperpotasemia discreta. Pérdida de sodio en orina. Ante sospecha de insuficiencia suprarrenal se solicitan hormonas del eje hipotálamo hipófisis adrenal. Ante resultados normales se sospecha un déficit selectivo de mineralocorticoides. Con el resultado de cifras de aldosterona y de renina, muy por encima de los valores de la normalidad, es diagnosticada de Pseudohipoaldosteronismo. Se inicia tratamiento con cloruro sódico con buena evolución.

**Conclusión:** Un retraso ponderoestatural importante, y vómitos recurrentes suelen ser las manifestaciones clínicas habituales del pseudohipoaldosteronismo, y en menor porcentaje, puede manifestarse como una emergencia hidroelectrolítica en el neonato y el lactante. El síndrome completo y grave suele expresarse en los primeros meses de vida. Debe ser incluido entre los diagnósticos diferenciales de una crisis convulsiva y cuadros gastrointestinales con marcada hiponatremia e hiperpotasemia.

### P-126

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TORTÍCOLIS EN LA INFANCIA

Rivera Sánchez, N.<sup>(1)</sup>; Moreno Salgado, J.L.<sup>(1)</sup>; Peláez Cabrera, M.J.<sup>(2)</sup>; Gallego Alcaide, M.J.<sup>(2)</sup>; Portero García, N.M.<sup>(2)</sup>; Jiménez De Los Santos, C.<sup>(2)</sup>; Infante Ocaña, A.<sup>(1)</sup>; Morera Saiz, I.<sup>(1)</sup>; Guerrero, N.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Huelva, Huelva; <sup>(2)</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

**Introducción:** Realizar una revisión según las últimas actualizaciones del diagnóstico diferencial de tortícolis en la infancia.

**Casos clínicos:** La tortícolis se define como una inclinación lateral de la cabeza y la rotación del mentón en sentido contrario. Constituye un signo clínico que se observa frecuentemente en el paciente pediátrico y un motivo frecuente de demanda en atención primaria. Mediante la exploración y las pruebas complementarias deberemos descartar patología orgánica tal como la tortícolis muscular congénito, malformaciones craneo-cervicales, tumores, traumatismos, causas oculares, infecciosas e inflamatorias entre otras. Una vez descartada toda patología orgánica podrá plantearse el diagnóstico de tortícolis paroxística. Presentación de dos casos clínicos que debutaron como tortícolis en lactante y donde se realizó un diagnóstico diferencial hasta llegar al tratamiento definitivo. En el caso 1 se trataba de una tortícolis paroxística y el caso 2 consistió en el debut de una tortícolis que, tras varios meses de rehabilitación se llegó al diagnóstico de estrabismo congénito.

**Conclusiones:** La importancia de conocer este signo clínico radica en conocer su amplio diagnóstico diferencial para descartar patología orgánica para realización de tratamiento de forma adecuada en cada caso.

### P-127

#### HIPERCCKEMIA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Chávez Barco, A.M.; Domínguez, M.D.M.; Barchino, L.M.; Laalej, L.; Contreras, J.; Rodríguez, L.E.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** En la evaluación de los pacientes que presentan debilidad y mialgias junto con elevación séricos de creatin kinasa, hay que plantear un diagnóstico diferencial amplio antes de filiar la miopatía.

**Resumen del caso:** Paciente de 12 años con parestesias, episodios autolimitados de debilidad y disminución del nivel de conciencia.

Antecedentes personales: sufrimiento fetal al nacimiento e intervención de genu valgo a los 12 años.

Antecedentes familiares: fibromialgia materna

Exploración: discreto genu valgo. Hemograma sin alteración en las tres series. CPK: 835mU/ml. Calcio: 6.5 mgr/dl. Electrocardiograma, electromiograma y RNM cerebral sin hallazgos significativos.

Asintomática durante un año y presente nuevo episodio catalogado de síncope acompañado de CPK: 1025 mU/ml, hipocalcemia (5.23 mgr/dl) sin hipercalcemia e hipefosforemia (8.09 mgr/dl). PTH: 873 pg/ml, FA: 552U/l, TSH, T4, LH y FSH normal. Edad ósea concordante. Electrocardiograma y ecografía abdominal normal. Tac craneal: aumento de densidad por calcificaciones distrófica a nivel de ganglios basales, en ambos tálamos y en sustancia blanca subcortical de ambos lóbulos frontales compatibles con pseudohipoparatiroidismo.

Se inicia tratamiento con calcio oral y vitamina D, disminuyendo los niveles de CPK (125 U/ml).

**Conclusiones:** Valorar las miopatía endocrinas como pseudohipoparatiroidismo, el hipotiroidismo o la disfunción gonadal en el diagnóstico diferencial de hiperckemia con clínica muscular.

### P-128

#### NEUROPATÍA SENSITIVO-MOTORA EN LA INFANCIA

Hernández Hernández, A. <sup>(1)</sup>; Guerra Martín, V. <sup>(2)</sup>; Cabrera Guedes, M.F.C.G. <sup>(3)</sup>; Vázquez Piqueras, M. <sup>(2)</sup>; Gonazalez Barrios, D. <sup>(2)</sup>; Martín Vela, M.D.C. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> CS Tacoronte, Tacoronte; <sup>(2)</sup> Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna; <sup>(3)</sup> Hospital Universitario de Canarias Tenerife, La Laguna

**Introducción:** La Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es una neuropatía hereditaria sensitivo-motora, causada por mutaciones en genes codificadores de mielina. La clínica se inicia en las dos primeras décadas y se caracteriza por atrofia, debilidad muscular distal e incluso deformidad.

**Caso clínico:** Mujer de 11 años remitida por cuadro de 4 años, consistente en alteración progresiva de la marcha y debilidad muscular en miembros inferiores (MMII), impidiéndole flexionar dorsalmente el pie y subir y bajar escaleras. Su tío materno presenta cojera no filiada.

En la exploración neurológica destaca: manos con hipotrofia de interóseos. En MMII, hipotrofia de cuádriceps y gemelos izquierda. Fuerza proximal 4+/5 en izquierdo y en derecho 5/5; imposibilidad para flexionar dorsalmente ambos pies (2/5). Pies cavos. Marcha: tándem dificultosa, puntillas con limitación e imposibilidad para andar de talones

La analítica resulta normal y el electromiograma presenta aumento de latencias motoras, disminución de velocidades de conducción sensitivomotoras y gran pérdida axonal en el ciático poplíteo externo bilateral; siendo sugestivo de Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth. Se inicia tratamiento rehabilitador en espera del estudio genético.

#### Conclusiones:

- El diagnóstico y tratamiento precoz del CMT es fundamental.
- La rehabilitación marca el pronóstico, mejorando el trofismo, las deformidades y la recuperación funcional.

## GRUPO 16

### P-129

#### TRIGONOCEFALIA AISLADA

Marcos Andrés, H. <sup>(1)</sup>; Blanco Franco, M.P. <sup>(2)</sup>; Serrano Crespo, N. <sup>(3)</sup>; López Pacios, D. <sup>(3)</sup>; Prada Pereira, T. <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Villafranca Bierzo, Villafranca del Bierzo; <sup>(2)</sup>Villablino, León, Villablino; <sup>(3)</sup>Ponferrada III, Ponferrada; <sup>(4)</sup>Hospital el Bierzo, Ponferrada, Ponferrada

**Anamnesis:** Recién nacido de 39 semanas de gestación, cesárea por malposición fetal. Peso 3.260gr. (p25), talla 50.5 cm (P25), Perimetro cefalico P10.

**Exploración Clínica:** Oblicuidad mongoloide de ojos. Sutures acalagadas. A los 20 días de vida se palpa cresta ósea, fureta picuda.

#### Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos:

- **Rx de cráneo** para descartar fusión de sutura metópica.
- A los 2 meses **estudio genético** del cromosoma 19 y cromosoma 3.
- A los 5 meses **Interconsulta a oftalmólogo** sospecha de estenosis de conducto lagrimal y endotropía.
- **TAC craneal** normal y **RMN** normal.
- A los 7 meses **Neurocirugía** en Hospital de referencia **REMODELACIÓN FRONTOORBITARIA**: Con colgajo óseo parietal derecho se colocó en zona frontal de donde se quitó hueso que se utilizó para zona parietal (intercam-

bio), placas en zona periorbitaria. Fijación con placas y tornillos reabsorbibles. Retirada de puntos a los 14 días.

- Llevará **Chichonera** hasta los 18 meses.

**Conclusiones:** La trigonocefala aislada es una forma no sindrómica de craneosinostosis por fusión prematura de la sutura metópica. Las radiografías deben hacerse antes de los 6 meses de edad. La evolución clínica de los pacientes sometidos a cirugía generalmente es satisfactoria y no suele ser necesaria reintervención.

### P-130

#### DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILÍACA DERECHA, ¿SÓLO APENDICITIS?

Araujo García, T. <sup>(1)</sup>; Pascual Moreno, P. <sup>(1)</sup>; Enríquez Zarabozo, E.M. <sup>(2)</sup>; Hurtado Sendin, P. <sup>(2)</sup>; Camarena Pavón, N. <sup>(1)</sup>; González García, A. <sup>(1)</sup>; Llanos Alonso, N. <sup>(1)</sup>; Muñoz Pérez, S. <sup>(1)</sup>; García-Navas Núñez, D. <sup>(1)</sup>; Vera Torres, M. <sup>(1)</sup>;

Barros García, P. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres; <sup>(2)</sup>Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz

**Introducción:** La Apendagitis Epiploica (AE) es causa poco frecuente de dolor abdominal en niños, con un aumento de su incidencia. Su presentación clínica y los hallazgos analíticos son inespecíficos, pero clásicamente se manifiesta con dolor en fosa ilíaca derecha (FID) imitando a un abdomen agudo quirúrgico. Para su diagnóstico son útiles la ecografía abdominal y la laparoscopia exploradora. Se puede optar por un tratamiento conservador o una laparoscopia exploradora, con buen pronóstico.

**Caso:** Niña de 10 años, dolor abdominal de 1 mes de evolución, acentuado en los últimos 3 días en FID e hipogastrio, acompañado de molestias al miccionar. El día anterior había acudido a su pediatra, pautando morunol. Exploración: Peso: 47,5Kg. Dolor a la palpación en FID e hipogastrio, resto normal. Procesos terapéuticos. Se extrae analítica con leucocitosis con 70,1% neutrófilos y se realiza ecografía abdominal con imagen en posible relación con AE. Se realiza laparoscopia exploradora objetivándose zonas necróticas en epiplón mayor, con evolución favorable tras resección. Diagnóstico: Epiplonitis epiplón mayor.

**Comentarios:** Ante cualquier duda diagnóstica en un abdomen quirúrgico se recomienda laparoscopia exploradora. Errores diagnósticos como consecuencia de toma previa de antibióticos. Recordar que lo que no se sospecha no se suele diagnosticar.

### P-131

#### GANGLION ESTERNOCLAVICULAR: UNA MASA CERVICAL INFRECUENTE

Parra Ramírez, L.M.; López Cabrera, A.; Jiménez Martínez, J. Moraleja, Ped

La articulación esternoclavicular es vulnerable a sufrir las mismas patologías que cualquier articulación sinovial y por su ubicación estas pueden simular tumoraciones.

**Anamnesis:** Niña de 6 años que acude por 6 meses de evolución una tumoración cervical no dolorosa sin síntomas constitucionales asociados y sin afectar su actividad diaria.

**Exploración física:** Peso 32.2 kg, talla 130 cm. En la articulación esternoclavicular se palpa nódulo de consistencia blanda, no doloroso de 1x1cm. No se objetivaron lesiones a

otros niveles ni adenopatías.

**Procedimientos Diagnósticos:** hemograma, bioquímica, función hepática y renal normal y reactantes de fase aguda negativos. La ecografía cervical evidenció un nódulo quístico de 7x 3mm, bien definido, de paredes lisas y contenido homogéneo compatible con ganglión articular. Fue derivada a Traumatología infantil. Por ser una lesión asintomática se consideró manejo expectante. Tras un año de seguimiento la lesión desapareció espontáneamente.

**Conclusiones:** El ganglión esternoclavicular es una patología infrecuente en niños. Sólo hay reportados en la literatura 6 casos. Por ser tan infrecuente plantea un reto diagnóstico para el clínico quien debe ayudarse de la ecografía para establecer el diagnóstico diferencial con otras masas cervicales.

La punción, aspiración y corticoides intralesionales sólo están indicados si la lesión es sintomática ya que hay un alto porcentaje de recurrencia (40%) después de la escisión quirúrgica.

### P-132

#### DISPLASIA ÓSEA OCULTA EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Sánchez Villares, C.; Fernández, S.; Prieto, P.; Álvarez, N.; Abad, N.; Castro, L.; Roncero, M.L.; Martín, M.

Hospital Universitario De Salamanca, Salamanca

**Introducción:** La causa más frecuentes de la talla baja disarmónica son las displasias óseas, malformaciones esqueléticas de origen genético. Existen más de 450 entidades y en el 70% se conoce la mutación causante. Presentamos un caso de displasia cleidocraneal.

**Caso clínico:** Niña de 12 años seguida en endocrinología infantil por talla baja con antecedentes de retraso en el cierre de fontanelas y dientes supernumerarios. En la exploración destacaba: talla baja 133.1 cm (-2.42DS), normopeso 33.3 kg (-1.1DS), macrocefalia con braquicefalia, frente amplia y abombada, hipertelorismo, acortamiento de raíz de extremidades, falanges medias pequeñas, uñas hipoplásicas y curvas. En la serie ósea se observó aplasia clavicular y anomalías en la morfología de las falanges. Se sospechó una displasia cleidocraneal confirmándose con la detección de la mutación en RUNX2 en heterocigosis c. 580+2T>G, no descrita previamente.

**Conclusiones:** La displasia cleidocraneal es una enfermedad autosómica dominante poco frecuente, caracterizada por la presencia de suturas craneales abiertas, hipoplasia o aplasia clavicular, anomalías dentarias complejas, estatura baja, alteraciones en pelvis y columna vertebral. Tiene una penetrancia incompleta y expresividad variable, lo que conlleva formas parciales que pueden retrasar el diagnóstico hasta la adolescencia o incluso hasta la edad adulta.

### P-133

#### UNA BRONQUIOLITIS Y UNA PATOLOGÍA SUBYACENTE

Rodríguez Outón, P.; Cervera Corbacho, J.; Flores González, J.C.; Prieto Heredia, M.A.; Castellano Martínez, A.;

Salazar Oliva, P.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Objetivo:** Exponer un caso de fístula arteriovenosa pial no galénica (FAVPNG) cuyo principal motivo de consulta fue un cuadro respiratorio.

**Material y método:** Revisión del caso y de las pruebas

realizadas hasta llegar al diagnóstico.

**Resultados:** Acude al servicio de Atención Primaria un paciente de cinco meses por cuadro de tos y dificultad respiratoria. Es diagnosticado de bronquiolitis, detectándose además un aumento del perímetro cefálico con abombamiento de la fontanela. Ante estos hallazgos, se deriva a su hospital donde se realiza ecografía transfontanelar en la que se diagnostica de hidrocefalia. Dados los resultados, se traslada a nuestro centro para estudio. Se realiza RMN en la que se aprecia una malformación arteriovenosa. Ante la persistencia de roncus y crepitantes en la auscultación, se sospecha insuficiencia cardíaca secundaria, por lo que es valorado por cardiología que constata dicha patología y pauta tratamiento con diurético e IECA. Para completar el estudio, se realiza una arteriografía, en la que finalmente se diagnostica de FAVPNG.

**Conclusiones:** Ante cualquier paciente es imprescindible una evaluación y exploración física completas que eviten que patologías subyacentes pasen desapercibidas.

El diagnóstico de una FAV, debe hacernos pensar en la posibilidad de que exista una insuficiencia cardíaca secundaria al robo arterial.

#### P-134

##### ECOGRAFÍA CLÍNICA EN PEDIATRÍA PRIMARIA

Peix Sambola, M.A.; Palasi Bargallo, C.; Balague, E.; Gallego, R.; Mones, S.  
EAP Sardenya SL, Barcelona

**Introducción:** La ecografía es una técnica útil en atención primaria, mejora la calidad asistencial y aumenta la satisfacción del profesional.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de ecografías realizadas de septiembre 2013 a junio 2015 por pediatra de atención primaria. Formación previa de 100 horas. Contacto con ecografista pediátrico hospitalario. Utilización ecógrafo portátil ESAOTE.

**Resultados:** De un total de 104 ecografías la mayoría fueron abdominales (61%), 17% cuello, 8% caderas, 6% partes blandas, 5% pulmonar y el 3% restante de rodilla, mamaria y testicular.

Del total de estudios practicados un 63.5% fueron normales y un 37.5% mostraron patología.

Alteraciones encontradas: Patología sistema renal en un 8.5% del total (hidronefrosis, dilatación pélvica, litiasis renal, malposición renal), quiste ovario 5.7%, parotiditis aguda 4%, parotiditis crónica 3%, reflujo esofágico leve-moderado 3% y el 8.5% restante se refiere a un caso de pleuroneumonía, sinovitis, derrame articular, fistula cutánea, fibromatosis colli ECM, mastitis, quiste braquial, quiste epidérmico y criptorquidia.

Según motivo de consulta un 24,7% no se hubiesen solicitado.

**Conclusiones:** La ecografía clínica es una herramienta útil en pediatría primaria.

Un ecógrafo en la consulta aumenta el número de ecografías practicadas.

Principales utilidades en primaria: estudio abdominal, patología del cuello y patología musculoesquelética.

#### P-135

##### LESIONES PURPÚRICAS Y PETEQUIALES EN UN LACTANTE

Arrabal Vela, M.A.; García Gijón, C.P.; Raya Perez, M.; Pascual Martin, M.; Pareja Grande, J.; Ballester, M.J.;  
García Cabezas, M.Á.  
Hospital General, Ciudad Real

**Anamnesis:** Varón 19 meses, presenta fiebre desde hace 48 horas asociada a lesiones eritemato-purpúricas en miembros inferiores (MMII). Otitis hace 8 días, afebril desde hace 48 horas. Resto sin interés.

**Exploración física:** Triángulo de evaluación pediátrica normal.

Lesiones generalizadas eritematosas sobre elevadas en diana, centro blanquecino. Lesiones violáceas en zona inguinal y MMII. Petequias dispersas. Edema acral (dorso de manos y pies).

Faringe y tímpanos hiperémicos. Resto normal.

##### Pruebas Complementarias:

- Hemograma: leucocitos 14000/ $\mu$ l, fórmula normal.
- Bioquímica, Inmunoglobulinas, complemento y coagulación: normales. PCR 10 mg/dl.
- Serologías y cultivos: negativos

**Diagnóstico:** Edema Hemorrágico Agudo del Lactante (EHAL).

**Tratamiento:** Se administró 2 mg de metilprednisolona. A su ingreso, amoxicilina por infección ORL y antihistamínicos.

**Evolución:** Favorable, afebril, con mejoría clínica hasta mínimo edema plantar y lesiones eritematosas evanescentes leves a los 5 días.

**Conclusiones:** Presentamos un caso atípico, en el que las lesiones iniciales no son exclusivamente purpúricas y de localización en MMII.

El diagnóstico diferencial de las lesiones purpúricas es importante. Hay que considerar entidades como meningitis, Shönlein Henoch, y EHAL entre otras. Se debe identificar esta última, dada la buena evolución sin tratamiento. Se discute la eficacia de los corticoides, ya que no se ha demostrado que mejoren la evolución.

#### P-136

##### PROPTOSIS OCULAR SÚBITA EN LACTANTE

Sancho Rodríguez, M.L.; Laliena Aznar, S.; Serrano Viñuales, I.; Verastegui Martínez, C.; Campos Calleja, C.;  
García Jiménez, I.  
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** Los linfangiomas orbitarios son malformaciones vasculares benignas, congénitas, que se manifiestan tras su crecimiento y suelen presentar hemorragias intralesionales. Crecen y recidivan a pesar del tratamiento y pueden conllevar complicaciones visuales y estéticas.

**Descripción del caso:** Lactante de 9 meses que acudió a nuestro hospital por presentar proptosis ocular derecha en contexto de bronquitis. La exploración oftalmológica fue normal. La ecografía Doppler mostró hallazgos compatibles con hemangioma y malformación vascular. Ante la duda diagnóstica se realizó una resonancia magnética confirmándose el diagnóstico de linfangioma orbitario derecho asociado a lesión en región malar derecha. La paciente presentó mejoría en días, manteniéndose una actitud expectante. Al año presentó una recidiva con aumento de la proptosis ocular y hematomas en párpados superior e inferior derechos. Se



realiza una nueva resonancia magnética que mostró crecimiento del linfangioma y signos de sangrado intralesiones. La exploración oftalmológica permaneció normal y la paciente presentó mejoría clínica del cuadro en pocos días. De esta forma, se decidió mantener la actitud conservadora y controlar periódicamente.

**Conclusión:** Considerar el diagnóstico de linfangioma orbitario ante proptosis unilateral súbita coincidiendo con infección respiratoria. El tratamiento médico conservador es la primera opción terapéutica dada la alta morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico.

## GRUPO 17

### P-137

#### ACOGIDA DEL PROGRAMA DEL BANCO DE LECHE HUMANA POR LA POBLACIÓN DE NUESTRO ENTORNO

Devesa Del Valle, A.; Jiménez Liria, M.D.R.; Mañas Uxó, M.I.; Ruiz Sánchez, M.D.R.; Carvajal Barroso, F.; Bonillo Perales, A.  
Complejo Hospitalario Torrecadenas, Almería

**Objeto:** Desde Abril del 2014 nuestro hospital colabora con el Banco de Leche Humana (BLH) de referencia. Nuestro objetivo ha sido analizar la acogida del programa de BLH por las madres de nuestra población.

**Material y método:** Decidimos determinar si el método de captación de donantes empleado (folleto informativo) es efectivo. Como instrumento utilizamos un cuestionario mediante entrevista para valorar el conocimiento de las madres acerca del programa de BLH. La población que se estudió fueron 51 madres ingresadas en la planta de maternidad de nuestro hospital, entre el 4 y el 17 de mayo del 2015, entrevistadas antes de ser dadas de alta y un día después de haber recibido el folleto informativo.

**Resultados y conclusiones:** Tras analizar los resultados del cuestionario valoramos el grado de conocimiento de las madres encuestadas. Destaca que un 58.8% desconocía la posibilidad de colaborar con el BLH en nuestra provincia y un 25.5% duda acerca de la seguridad de la leche de banco.

Por tanto, concluimos que no estamos transmitiendo de forma adecuada la información a las madres almerienses. Creemos necesario reforzar el método de captación de donantes e idear nuevas estrategias para ello.

### P-138

#### SÍNDROME POLIMARFORMATIVO Y EMBRIOPATÍA POR WARFARINA

Cano Sciarrotta, R.; Benavides Nieto, M.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, HUVR

**Objetivo:** Intentar relacionar las diferentes malformaciones congénitas que presenta el paciente en un síndrome; no descrito en la literatura médica hasta la actualidad. Y explicar la paradoja del fallo de medro presentando un hiperinsulinismo.

**Caso clínico:** AF: Madre con tetralogía de Fallot intervenido. En tratamiento con warfarina, digoxina, propanolol y espironolactona durante el embarazo.

AP: EG: 39 semanas con tres abortos previos y un nacido vivo. Parto que cursa sin incidencias.

Se trata de un síndrome polimarformativo con los siguientes hallazgos:

1. Hiperinsulinismo constatándose hipoglucemias < 40 mg/dl con mala tolerancia al ayuno.
2. Fallo de medro (motivo de dos ingresos).
3. Hipoacusia izquierda, hipotonía generalizada.
4. Mapa óseo con acortamiento generalizado de huesos largos.
5. Embriopatía warfarínica.
6. Hipoplasia de huesos nasales.

Se realiza cariotipo, ecocardiografía, ecografía abdominal normal. Pendiente de estudio genético por hiperinsulinismo.

**Conclusiones:** La warfarina es un fármaco teratogénico, especialmente en el primer trimestre. La frecuencia oscila entre 4-10% y justificaría la hipoplasia nasal, alteraciones de las epífisis y del sistema nervioso central.

Por otro lado, el hiperinsulinismo engloba un grupo heterogéneo de trastornos genéticos que afectan al mecanismo que regula la secreción de insulina. Es importante instaurar un tratamiento precoz para evitar el daño cerebral.

### P-139

#### DISPLASIA ECTODÉRMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barahona Rondon, L.  
Centro de Salud Valleaguado, Coslada

**Objetivo:** Descartar un posible diagnóstico genético a partir de la clínica.

**Material y Métodos:** Niño de 2 años, de parto eutócico, APGAR 9/10, familiares sin fenotipo anómalo. En el examen de hospital, se describió opacidad corneal en ojo izquierdo. En consulta, a los 15 días de vida, se encontró livedo reticularis.

A los 4 meses tuvo cirugía de pupiloplastia por leucoma corneal. Presentó dentición tardía a los once meses, aparecieron incisivos inferiores, superiores y caninos, todos cónicos. Además de hipogenesia dental. En su crecimiento, se describió cabello escaso sin alopecia.

Fue derivado a dentista de zona con la primera aparición dental, quien informó sin señales de alarma. A los 20 meses, persistió agenesia dental y dientes conoides, insistimos en la derivación a otro dentista hospitalario quien sugirió displasia ectodérmica.

**Resultados:** Por la clínica y respaldo odontológico, se derivó a genética para confirmación.

**Conclusiones:** La displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH) es muy rara (1/10,000 recién nacidos vivos), transmitida recesivamente unida al cromosoma x. El estomatólogo desempeña un papel muy importante. El diagnóstico es clínico y se confirma con genética.

En nuestro caso resaltamos: escasez de vello corporal, atrofia ungual en pies, ausencia congénita dental, dientes de forma conoide y córneas nubosas o cataratas.

### P-140

#### HIPOTIROIDISMO DE ORIGEN CENTRAL DIAGNOSTICADO EN LA ADOLESCENCIA

Román Fernández, A.; Romero Pérez, M.D.M.; Bermúdez De La Vega, J.A.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Introducción:** El hipotiroidismo central es muy infrecuente en pediatría y representa menos del 5% de los hipotiroidismos.



tiroidismos congénitos. Si los síntomas aparecen tras un periodo de función tiroidea aparentemente normal puede simular un hipotiroidismo adquirido.

**Caso clínico:** Niña de 13 años con antecedentes de hipoxia perinatal leve, atresia esofágica intervenida y epilepsia focal derivada a consultas externas de endocrinología para estudio de hipotiroidismo tras ingreso hospitalario por agitación motora. Dada de alta con juicio clínico de alteración motora reversible, posible iatrogenia por risperidona. Se detectan valores de TSH y T4 descendidos, siendo el resto de hormonas hipofisarias normales, perfil de enfermedades autoinmunes negativas, RMN cerebral y ecografía tiroidea normales. Con el test de estimulación con TRH, que resulta positivo, se confirman valores de TSH descendidos y se diagnostica de hipotiroidismo hipotalámico. Se inicia tratamiento con levotiroxina.

**Comentarios:** La mayoría de casos pediátricos de hipotiroidismo central son idiopáticos o por tumores, siendo el craneofaringioma el más frecuente. Otras causas: postcirugía, traumática, inmunológica, isquémica, enfermedades infiltrativas o infecciosas. Todas quedan razonablemente descartadas en este caso. Ante la sospecha de hipotiroidismo central debe realizarse una prueba de imagen, preferentemente RMN cerebral y descartarse otras deficiencias hormonales hipofisarias asociadas.

#### P-141

### MALFORMACIONES VASCULARES ASOCIADAS A UN SÍNDROME POCO COMÚN

Gourdet, M.E.; Maroto Ruiz, M.J.; Sánchez Ruiz, P.; Zamberk Majlis, P.; Cortina De La Calle, P.; Bejerano Ramírez, N.  
Hospital General, Ciudad Real

**Caso clínico:** Lactante de 20 meses en seguimiento en consulta de Dermatología por presentar, desde el nacimiento, lesión rojo vinosa en labio inferior, máculas eritemato-violáceas en región submandibular y mácula extensa desde glúteos a pierna derecha. Compatibles con malformaciones vasculares. Antecedentes: Embarazo controlado. Parto eutócico a término con peso, talla y perímetro cefálico adecuados para edad gestacional. Cariotipo convencional: 46XX. Ecografía cerebral y abdominal normales. No antecedentes familiares de interés. Durante el seguimiento, se objetiva asimetría de miembros inferiores con diferencia de crecimiento en ambos miembros. Crecimiento de las lesiones, acorde con el crecimiento de la paciente. Dada la asociación de malformaciones vasculares en labio inferior, región mandibular y pierna, con signos de sobrecrecimiento, se llega a la sospecha clínica de posible síndrome de CLAPO.

**Conclusiones:** El síndrome CLAPO, descrito por López Gutiérrez JC y Lapunzina P. en 2008, se caracteriza por: malformación capilar del labio inferior, malformación linfática de cara y cuello, asimetría facial y de las extremidades y sobrecrecimiento parcial o generalizado. La malformación capilar del labio inferior es el signo más frecuente y el que debe orientar a su sospecha. El tipo de herencia es desconocida por lo que se sigue investigando en busca de genes relacionados.

#### P-142

### PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA SECUNDARIA A MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Martínez Blanco, B.; Dosil Gallardo, S.; Feans Ares, N.; Bouzón Alejandro, M.; López Rivas, M.  
CHUS, Santiago de Compostela

**Introducción:** La parálisis facial periférica aguda es frecuente en niños, pudiendo ser congénita o adquirida (idiopática o de Bell, infecciosa, traumática o neoplásica). El Virus Epstein Barr (VEB) es un virus linfotrofo que puede producir diversas manifestaciones neurológicas. Presentamos el caso de una parálisis facial unilateral en contexto de mononucleosis infecciosa.

**Caso clínico:** Paciente de 3 años con cuadro catarral de una semana, que asoció posteriormente fiebre elevada, odinofagia y rechazo de la ingesta. 24 horas antes del ingreso detectan tumefacción palpebral y labial con desviación de comisura bucal. En exploración física presentaba conglomerado adenopático laterocervical bilateral de predominio izquierdo, hepatoesplenomegalia, hipertrofia amigdalar, desviación de comisura bucal a la derecha y ausencia de cierre palpebral izquierdo.

En exploraciones complementarias destacaba leucocitosis con linfocitosis e hipertransaminasemia. PCR para VEB fue positiva. Recibió tratamiento con metilprednisolona, oclusión palpebral, lágrimas artificiales y pomada epitelizante. La electromiografía facial confirmó parálisis con signos de reinervación. Presentó mejoría progresiva con recuperación completa a los 8 meses.

**Conclusiones:** La parálisis facial es una complicación poco frecuente de la infección por VEB. No existe evidencia suficiente de la utilidad de los antivirales, sin embargo los corticoides parecen ser beneficiosos. La recuperación suele ser completa en semanas o meses.

## GRUPO 18

#### P-143

### CUANDO LAS VESÍCULAS DEJAN DE SER UN CUADRO BANAL

Calvo Morales, I.M. <sup>(1)</sup>; Davila Corrales, J. <sup>(2)</sup>; Flores Gonzalez, J.C. <sup>(1)</sup>; Grujic, B. <sup>(1)</sup>; Estalella Mendoza, A. <sup>(1)</sup>;  
Garofano Montero, S. <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz;

<sup>(2)</sup> Centro de Salud la Laguna, Cadiz

**Caso clínico:** Paciente de 6 años sin antecedentes de interés diagnosticada de varicela por presencia de exantema maculopapular vesiculoso en región perioral. Tras 72 horas reconsulta por presencia de fiebre, disuria y lesiones vesiculosas más extensas y pruriginosas (boca, cara y miembros superiores) y escasa tolerancia oral, derivándose al hospital. Se instaura tratamiento con aciclovir intravenoso, analgesia y sueroterapia intravenosa. Posteriormente presenta empeoramiento progresivo apareciendo placas generalizadas violáceas dianiformes monomorfas confluentes con vesícula central que deja erosión. Signo de Nikolsky negativo con afectación palmo-plantar y de mucosas oral, conjuntival y genital. Afectación ocular con hiperemia, secreción mucosa y madarosis. Se diagnostica de Sde de Steven-Johnson.

Presenta serología positiva para coxsackie. En biopsia cutánea dermatitis vesiculoampollosa subepidérmica compa-

tible con eritema multiforme, tipo Stevens- Jonhson.

Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides intravenosos, colirios y lágrimas artificiales para la afectación ocular presentando una notable mejoría siendo alta tras 16 días.

**Conclusiones.** Sospechar este síndrome ante una dermatitis vesiculosa con importante afectación mucosa. Realizar un tratamiento multidisciplinar para evitar complicaciones (simbléfaron y ulceración corneal). El tratamiento precoz con corticoides e inmunoglobulinas evita la progresión del cuadro. La etiología no queda clara en algunos casos (ingesta de ibuprofeno/ infección por coxsackie).

#### P-144

### REVISIÓN DE CASOS DE TOS FERINA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Gonzalez Barreda, C.; Real Del Valle, C.; Román Fernández, A.; Terol Barrero, P.; Muñoz Vilches, M.J.  
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Objetivo:** Describir la incidencia de casos de Tos Ferina producidos en los últimos años en la edad pediátrica y proponer nuevas estrategias de prevención.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional con revisión de los casos de tos ferina, confirmados por PCR en aspirado nasofaríngeo, de nuestro hospital en el período 2006-2014, teniendo en cuenta las variables: edad, sexo, ambiente epidemiológico, estado de vacunación, criterios clínicos diagnósticos y necesidad de ingreso.

**Resultados:** Se confirman 79 casos. Se detectaron casos todos los años, el 46% en el período 2013-2014. Un 82% de los pacientes fueron menores de 6 meses. Dos de ellos son diagnosticados de tos ferina maligna. La media de días de ingreso hospitalario es 9,7 para los menores de 4 meses y 4.2 para los mayores. El 14% requirieron ingreso en UCI-P.

**Conclusiones:** Aumento de la incidencia en los dos últimos años, donde se recogen el mismo número de casos que en los siete previos. El 73% de los pacientes con PCR positiva para Bordetella, estaban correctamente vacunados para su edad, por lo que creemos necesarias la implantación de nuevas estrategias de vacunación, como la vacunación de la embarazada en la semana 32 de gestación y la estrategia del nido.

#### P-145

### SÍNDROME DE BOD

Marcos Andrés, H. <sup>(1)</sup>; López Pacios, D. <sup>(2)</sup>; Blanco Franco, M.P. <sup>(3)</sup>; Simal Blanco, F. <sup>(4)</sup>; Rodríguez Calleja, J. <sup>(5)</sup>  
<sup>(1)</sup>Villafranca del Bierzo; <sup>(2)</sup>Ponferrada III, Ponferrada; <sup>(3)</sup>Villablino, Villablino; <sup>(4)</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; <sup>(5)</sup>Hospital Del Bierzo, Ponferrada

**Anamnesis:** Niña de 2 años, percentil de talla por debajo del 3 hasta el año y menor del 10 posteriormente, peso en percentil 3 - 10, Velocidad de crecimiento Percentil 50. Fontanela abierta. Antecedentes: cesárea por podálica, Apgar 9/10, pequeña para la edad gestacional de 39 semanas, peso 2.310, talla 43 y perímetro cefálico 32. Antecedentes familiares padre y madre 177centímetros, una hermana materna 155cm.

**Exploración Física:** En los exámenes de salud, se evidencia una distrófica del 3º dedo del pie, consistencia blanda de dicho dedo, por lo que se sospecha posible ausencia de

falange distal. Rasgos faciales toscos, desarrollo psicomotor normal.

**Procedimientos diagnósticos y Terapéuticos:** Radiografía confirma ausencia de dicha falange.

Edad ósea: acorde.

Hemograma , bioquímica con glucemia, transaminasas, iones, creatinina, proteínas, metabolismo del hierro, perfil lipídico; Factores de crecimiento IGF1-IGFBP3, Antitransglutaminasa, Inmunoglobulinas M,A,G,E.; perfil tiroideo, insulinemia, Sistemático de orina todo normal.

Todo ello compatible con Síndrome de BOD.

**Conclusiones:** La asociación braquimorfismo-onicodisrofia y disfalangismo (BOD): se caracteriza por talla baja y rasgos toscos entre otros.

Ante alteraciones ungueales hay que hacer una atenta anamnesis, exploración física, pruebas complementarias e investigación de antecedentes familiares.

#### P-146

### ESTUDIO DE LAS VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EDAD INFANTIL

López, M.L. <sup>(1)</sup>; Giralt Muiña, P. <sup>(2)</sup>; Sánchez Fernández, M.J. <sup>(2)</sup>  
<sup>(1)</sup>CS El Bercial, Getafe Madrid; <sup>(2)</sup>HUCR, Ciudad Real

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en variables neuropsicológicas entre niños con diabetes y niños sanos.

**Material y método:** Fueron estudiados 188 niños. 94 con diabetes (grupo experimental) y 94 sin diabetes (grupo control). Con un rango de edad entre los 6 y los 12 años.

La media de edad en el grupo con diabetes fue de 9,49 con una desviación típica de 1.73. El grupo sin diabetes tuvo una media de edad de 9,50 y una desviación típica de 1,78.

A todos los niños se les pasa el test de Evaluación Neuropsicológica de la Función Ejecutiva en Niños (ENFEN). Esta prueba evalúa el nivel de madurez y el rendimiento cognitivo en actividades relacionadas con las Funciones Ejecutivas en niños.

**Resultados:** Los resultados obtenidos mostraron que no había diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables medidas por este test.

**Conclusiones:** Ante estos resultados podemos concluir diciendo que no se aprecian diferencia estadísticamente significativas en variables neuropsicológicas entre niños con diabetes con más de 24 meses de evolución.

Sería conveniente continuar el estudio en adolescentes y adultos con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

#### P-147

### SÍNDROME DE CUSHING EN EL TUMOR DE WILMS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Domínguez Begines, M.; López González, M.; Chávez Barco, A.; Barchino Muñoz, L.; García Rojas, A.  
Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** El síndrome de Cushing es una entidad rara en pediatría, originada generalmente por la administración exógena de esteroides. Otras causas son tumores hipofisarios o suprarrenales y, excepcionalmente, de origen paraneoplásico.

Presentamos el caso de una niña de 4 años con síndrome de Cushing secundario a tumor de Wilms (TW) productor de esteroides endógenos.

**Resumen del caso:0**

Anamnesis: Niña de 4 años derivada a Urgencias por su Pediatra por cefalea, aumento de vello y ganancia ponderal significativa desde hace 2 meses.

Exploración Física: A destacar: Peso 22kg. Tensión arterial (TA) 119/110mmHg. Facies de luna llena e hirsutismo. Abdomen distendido y globuloso, masa en flanco derecho.

Evolución: Tras 12 horas de ingreso presenta crisis convulsiva con TA 220/120mmHg. Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos y tras estabilización se realiza TAC abdominal, hallando masa renal derecha con dilatación de sistema excretor intrarrenal. En estudio hormonal: cortisol elevado sin ritmo circadiano y sin respuesta de ACTH a supresión con dexametasona. En PAAF (punción aspiración con aguja fina): TW con sospecha de producción ectópica de ACTH.

**Conclusiones:** Ante un niño con masa abdominal e hipertensión, la primera posibilidad diagnóstica a tener en cuenta es el TW, tumor abdominal más frecuente en pediatría.

**P-148****CULICOSIS AMPOLLOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Gálvez García, C.<sup>(1)</sup>; Soro Ferrer, E.<sup>(1)</sup>; Amiguet Biain, M.<sup>(1)</sup>; Mengual Gil, J.M.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

<sup>(2)</sup>Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza

**Anamnesis:** Niño de 8 años que acude al Centro de Salud (CS) por presentar lesiones ampollosas en extremidad inferior derecha (EID) de 12 horas de evolución tras haber estado en el campo. Afebril, niega otra sintomatología. No alergias conocidas.

**Exploración física:** Múltiples ampollas tensas de contenido seroso y costras milicéricas en EID. Signo de Nikolsky negativo.

**Procedimientos diagnósticos:** Dadas las características de las lesiones y revisando la bibliografía se llega al diagnóstico de culicosis ampollosa sin necesidad de realizar pruebas complementarias.

**Procedimientos terapéuticos:** Se inicia tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico y tópico con fucidina y corticoide. Se realizan curas tópicas en el CS a días alternos drenando el contenido de las ampollas y desbridando el tejido necrosado. A los 10 días de tratamiento se objetiva importante mejoría de las lesiones.

**Conclusiones:** La Culicosis ampollosa es una entidad poco frecuente, se produce por una reacción intensa a picaduras de insectos que originan un edema capaz de producir ampollas. El pronóstico es bueno y curan en 10-15 días sin dejar cicatriz.

El conocimiento de las características de esta entidad y su tratamiento nos permite realizar la gestión del caso desde Atención Primaria sin necesidad de derivar al especialista.