

Comunicaciones orales Reunión Científica SNVP Pamplona, 2 de marzo de 2018

*Bilera Zientifikoa Euskal
Herriko Pediatri Elkarte.
Iruña, 2018ko martxoaren 2a*

ESTUDIO PREDIKID: EVIDENCIAS ENTRE INGESTA DIETÉTICA Y CONSUMO DE AZÚCAR CON EL CONTENIDO DE GRASA HEPÁTICA Y LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN NIÑOS CON SOBREPESO/OBESIDAD. **L. Arenaza¹, M. Medrano¹, M. Oses¹, L. Barrenechea², I. Díez-López³, F.B. Ortega⁴, I. Labayen¹.** ¹Department of Health Sciences, Public University of Navarra, Pamplona, Spain. ²Nutrition and Metabolism Section, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, Lyon, France. ³Paediatric Endocrinology Unit, University Hospital of Araba (HUA), Vitoria-Gasteiz, Spain. ⁴PROMoting FITness and Health through physical activity research group (PROFITH), Department of Physical Education and Sports, Faculty of Sport Sciences, University of Granada, Granada, Spain.

La hepatopatía adiposa no alcohólica (NAFLD) se ha visto incrementada en paralelo al aumento exponencial de la obesidad infantil en nuestro medio

Los hábitos alimenticios, particularmente la ingesta de productos ricos en azúcares refinados, pueden influir tanto en el contenido de grasa hepática como en la resistencia a la insulina.

El objetivo del presente estudio ha sido examinar las asociaciones entre consumo de alimentos dietéticos (cereales, frutas y verduras, carne y productos cármicos, productos lácteos, pescado y mariscos, azúcares totales y agregados) y composición (macronutrientes y fibra), así como la influencia de las bebidas azucaradas (SSB) y los postres y sustitutos lácteos (DDS) sobre la grasa hepática y la resistencia a la insulina en niños con sobrepeso/obesidad.

Material y métodos. Se evaluaron la ingesta dietética (dos recordatorios no consecutivos de 24 horas), el contenido de grasa hepática (imágenes de resonancia magnética) y la resistencia a la insulina (HOMA-IR) en 110 niños (10,6 ± 1,1 años) con sobrepeso/obesidad. Se realizaron análisis de regresión lineal para examinar las asociaciones de ingesta dietética con contenido de grasa hepática y HOMA-IR ajustado por posibles factores de confusión (sexo, edad, ingesta de energía, nivel educativo materno, porcentaje de grasa corporal o adiposidad abdominal e ingesta de azúcar).

Resultados. El consumo de SSB como el azúcar incluido en las mismas ($\beta = 0,202$ y $\beta = 0,204$, Ps <0,05 ajustado) se asociaron positivamente con el contenido de grasa hepática independientemente de los posibles factores de confusión; sin embargo, esto no se evidenció con los DDS o azúcar en DDS u otros componentes dietéticos. (Tabla I).

Por el contrario, ninguna variable dietética se asoció con resistencia a la insulina.

Conclusiones. El consumo de SSB y su contenido en azúcar, pero no los DDS ni su azúcar, parecen aumentar la probabilidad de tener NAFLD.

Se deben promover programas de intervención nutricional para lograr hábitos alimenticios saludables desde la infancia.

EXPERIENCIA TRAS PRIMER AÑO DE USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA Y DE LÍNEA MEDIA EN UNA PLANTA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL SECUNDARIO. **S. Torrús Carmona, C. Salado Marín, J.I. Montiano Jorge, V. Armenteros Yeguas*, M.A. Tomás López*.** *Unidad de hospitalización de pediatría. Servicio Pediatría HUA. *Equipo de terapia intravenosa del HUA.*

Objetivo. Describir la experiencia del uso de catéteres centrales de inserción periférica (PICCs) y de líneas medias en pacientes pediátricos ingresados en Unidad de Hospitalización de pediatría de enero de 2017 a enero de 2018.

Material y métodos. Estudio observacional y descriptivo por historia clínica. Variables a estudio: demográficas, diagnóstico de los pacientes e indicación para la técnica, éxito de inserción, tipo de catéter, calibre n° de luces, duración media de los mismos y porcentaje de catéteres exitosos (se retiraron por fin del tratamiento). La canalización de los accesos fue en extremidad superior, guiada por ecografía y realizada por enfermeras del Equipo de Terapia intravenosa.

Resultados. 15 pacientes fueron candidatas a canalización de los catéteres. El éxito de la técnica fue en el 73%, 7 líneas medias y 4 PICCs. El 64% fueron varones. La edad media fue de

TABLA I.

	Grasa hepática (%)								HOMA-IR							
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P
SSB (g/d)	0,244	0,013	0,232	0,016	0,228	0,016	0,202	0,042	0,114	0,256	0,109	0,261	0,102	0,271	0,136	0,168
Azúcar de SSB (g/d)	0,247	0,013	0,236	0,015	0,230	0,016	0,204	0,042	0,112	0,269	0,107	0,274	0,097	0,303	0,130	0,191
DDS (g/d)	0,059	0,559	0,032	0,748	0,052	0,595	0,025	0,801	-0,087	0,384	-0,154	0,119	-0,123	0,194	-0,116	0,231
Azúcar de DDS (g/d)	0,066	0,513	0,039	0,693	0,058	0,560	0,029	0,771	-0,087	0,389	-0,153	0,123	-0,124	0,193	-0,117	0,230
Azúcares simples (g/d)	0,116	0,330	0,151	0,189	0,175	0,123	-	-	-0,137	0,246	-0,104	0,364	-0,069	0,531	-	-
Azúcares añadidos (g/d)	0,202	0,085	0,183	0,108	0,213	0,058	0,195	0,272	-0,020	0,863	-0,045	0,690	-0,002	0,984	0,126	0,466

MODELOS del ESTUDIO → Modelo 1: ajustado según sexo, edad, ingesta calórica y nivel educativo paterno. Modelo 2: Modelo 1 ajustado según grasa corporal; Modelo 3: Modelo 2 ajustado según adiposidad abdominal. Modelo 4: Modelo 3 ajustado según ingesta de azúcar simple.

5,5 años (rango 8 meses a 13 años). El diagnóstico al ingreso más frecuente es la patología infecciosa y la principal indicación, la terapia antibiótica IV prolongada, seguido de la necesidad de nutrición parenteral. En el 81% de los pacientes el procedimiento se realizó bajo sedoanalgesia con Ketamina y Midazolam, con monitorización y supervisada por un pediatra. El tamaño de los catéteres utilizados fueron: 5 Fr (N=1), 4 Fr (N=5) y 3 Fr (N=5). El 72% de los catéteres fueron de una luz, utilizando solo catéteres de 2 luces en pacientes con indicación de NPT. La comprobación de punta de catéter se hizo mediante ecografía en las líneas medias (en Subclavia) y mediante radiografía en el 75% de los PICC, excepto en una que se pudo comprobar mediante el dispositivo tipo Sherlock®. La posición de los catéteres fue adecuada en el 81%. El promedio de días de permanencia del catéter fue de 19,6 días (rango entre 8 y 57 días). El éxito del catéter (llegar hasta fin de tratamiento) aconteció en el 81%. No hemos tenido complicaciones precoces y de las tardías la más frecuente ha sido la retirada por sospecha de sepsis por catéter en el 18%, ambas confirmadas posteriormente.

Conclusiones:

- Las líneas medias y PICCs son una excelente alternativa para la terapia intravenosa prolongada, así como para la extracción de analíticas, con un mayor confort para el paciente.
- Es esencial tener un equipo de enfermería capacitada, para realizar una curva de

aprendizaje, y mejorar, tanto en la inserción, como posteriormente para el mantenimiento del catéter para minimizar el número de complicaciones.

- En hospitales de menor tamaño donde el número de pacientes es más reducido creemos que es esencial conseguir un grupo de trabajo específico para que este se entrene de manera concreta y la curva de aprendizaje sea mucho más eficiente, y así alcanzar los resultados deseados en el tiempo menor posible.

FACTORES RELACIONADOS CON MAYOR RIESGO DE MUERTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE INGRESAN DESDE URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. **N. Molina Fuentes, M. Serrano López, J. Puerto Morlán, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, Y. Ballesterio Díez.** Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces (Vizcaya).

Antecedentes y objetivos. Una identificación precoz y manejo adecuado del paciente que ingresa en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) desde un servicio de urgencias pediátrico (SUP) resulta esencial. El objetivo es identificar factores pronósticos relacionados con un mayor riesgo de muerte en estos pacientes.

Método. Estudio observacional de cohortes basado en un registro prospectivo de pacientes que ingresaron en la UCIP desde el SUP entre

2010 y 2017. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos (antecedentes, nivel de gravedad [NG] y triángulo de evaluación pediátrico [TEP] a su llegada), diagnóstico final, tratamientos en UCIP y evolución.

Resultados. Se incluyeron 718 pacientes, 402 varones (56%) con una mediana de edad de 27 meses (rango intercuartil 10-84). Cerca del 50% presentaban patología previa, 138 (19,3%) habían tenido ingresos previos en UCIP y 96 (13,4%) habían consultado en las 72 horas previas en un SUP.

A su llegada, 388 pacientes recibieron un NG= III-IV (53,3%) mostrando 167 (23,3%) un TEP estable. Entre los inestables, 224 (31,2%) presentaban dificultad respiratoria, 103 (14,3%) fallo respiratorio y 61 (8,5%) fallo cardiorrespiratorio.

Los principales motivos de ingreso fueron infección/insuficiencia respiratoria (309, 43%) y patología neurológica no infecciosa (105, 14,6%); siendo el asma y bronquiolitis los diagnósticos más frecuentes (148 [20,3%] y 92 [12,4%], respectivamente).

En UCIP 53 pacientes (7,3%) precisaron ventilación mecánica y 35 (4,9%) soporte inotrópico. Fallecieron 23 pacientes (3,2%, IC 95% 2,1-4,7). El análisis logístico multivariante identificó dos factores de riesgo independientes para el fallecimiento: situación fisiopatológica de fallo cardiorrespiratorio realizada por el médico en su primera valoración (OR: 5,3, IC 95%: 2,1-13,4) y la clasificación como NG I-II en triage a su llegada (OR: 2,7, IC 95%: 1,1-7,2).

Conclusiones. El NG y el TEP a la llegada al SUP se relacionan con el fallecimiento de pacientes pediátricos que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos desde un Servicio de Urgencias.

MANEJO PRE-HOSPITALARIO DE LA ANAFILAXIA PEDIÁTRICA. **L. Ahmed Mohamed, M. Malumbres Chacón, M.J. Zavala Segovia, M. Urretavizcaya Martínez, P. Moreno González, J. Álvarez García.** *Alergología y Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción. Nuestro objetivo es conocer las características clínicas, etiología y el manejo previos a su llegada a Urgencias de una cohorte de pacientes niños atendidos por anafilaxia en centros sanitarios no hospitalarios.

Metodología. Revisión retrospectiva (2012-2017) de niños atendidos en centros extra-hospitalarios por anafilaxia y trasladados a un hospital terciario. Analizamos: datos demográficos, remitente, distancia al hospital, antecedentes previos, desencadenantes, manifestaciones clínicas, tratamiento pre-hospitalario y situación a su llegada a urgencias (valoración inicial por Triángulo de Evaluación Pediátrico -TEP-), nivel de prioridad recibido, demora en recibir atención médica, síntomas extracutáneos, adrenalina hospitalaria.

Resultados. Revisamos informes de 51 niños, con una edad mediana de 45 meses, siendo 64,7% varones. Distancia mediana al hospital: 6 (0-81,6 km) (27,5%: distancia al hospital mayor de 40 km). Los remitentes fueron: Centro de Salud: 35,3%, Servicio de Urgencias Extrahospitalarias: 35,3% y 112-SOS-Navarra: 29,4%. Antecedentes previos: alergia alimentaria (AA): 45,1%; anafilaxia previa (AP): 21,6% y prescripción de auto-inyector de adrenalina (AIA): 27,5%. Los principales desencadenantes fueron: alimentos: 90,2% (frutos secos: 39,2%). Los síntomas más frecuentes: cutáneos: 98%, respiratorios: 88,2%, digestivos: 45,1% y cardiovasculares: 7,8%. A nivel pre-hospitalario se utilizó adrenalina en 45,1% casos. En Urgencias presentaban un TEP estable: 84,3%. Los tiempos de demora en recibir atención médica fueron 0,51 minutos (0-81 minutos). El nivel de

prioridad fue correcto (I-II) en el 51% de los pacientes. Durante la valoración médica: 35,3% presentaban signos/síntomas extracutáneos y recibieron adrenalina en urgencias: 27,5% (9,5% tratados con adrenalina pre-hospitalaria/40% no tratados con adrenalina pre-hospitalaria).

Conclusiones:

- Muchos pacientes con diagnósticos previos de AA, AN y AIA presentan nuevos episodios de anafilaxia que precisan valoración y tratamiento.
- Los órganos afectados y los desencadenantes se corresponden con lo descrito previamente en la bibliografía.
- A pesar de haber sido tratados en otro centro, un porcentaje importante han precisado tratamiento con adrenalina en el hospital, incluyendo más de una dosis.
- Estos pacientes precisan traslado al hospital de referencia para monitorización y tratamiento adicionales.

INGRESOS POR COMPLICACIONES AGUDAS EN NIÑOS CON DREPANOCITOSIS. **L. Gorostiaga Allende, J. Fernández de Retana Corres, J.I. Montiano Jorge, S. Torrus Carmona, I. Martínez Fernández de Pinedo, C. Salado Marín.** *Servicio de Pediatría. HUA-Sede Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.*

Introducción. La drepanocitosis es una enfermedad crónica, de curso clínico muy variable, caracterizada por anemia hemolítica, vasculopatía y daño orgánico, con complicaciones agudas que son causa de múltiples ingresos.

Objetivo. Revisar las causas de ingreso por complicaciones agudas comparándolas con la literatura y relacionar el fenotipo con el número de ingresos y las complicaciones agudas.

Métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, revisando historias clínicas y el registro del cribado neonatal de nuestro servicio (vigente desde el 2011) en los últimos 10 años (enero 2007-diciembre 2017).

Resultados. De 14 pacientes pediátricos en seguimiento en Álava, 9 (64%) han precisado ingreso por complicaciones agudas. El 44,4% fueron diagnosticados por cribado neonatal. Todos los padres sanos, origen africano y raza

negra. Por sexo: 7 niñas/2 niños; 8 nacidos en nuestro país. Rango de edad: 23 meses-14 años. El 88,9% recibían tratamiento con ácido fólico, el 66,6% profilaxis con penicilina y el 44,4% tratamiento con hidroxiurea.

Se registraron 41 ingresos, motivados por una o más complicaciones agudas.

La edad media del primer ingreso fue de 28 meses. Media de ingresos por paciente independientemente del fenotipo: 4,5. Media de días de ingreso independientemente de la causa: 4,3. Las edades con mayor número de ingresos han sido entre el 1^{er} y 2^o año de edad y entre los 13 y los 14 años.

En relación al fenotipo, 4 pacientes presentaban el fenotipo Hb SS, protagonizando 24 ingresos; 3 pacientes con fenotipo Hb SS α , protagonizaron 13 ingresos y 2 pacientes con fenotipo Hb SC, ingresaron en 4 ocasiones.

Registramos 68 episodios de complicaciones agudas (Ver tabla II). Dentro de las infecciones las más frecuentes, fueron síndromes febriles sin foco con sospecha de bacteriemia no confirmada y las más graves: una sepsis-meningitis neumocócica y un shock séptico con síndrome torácico agudo (STA) asociado a infección por parvovirus B19. La evolución fue favorable en todos los pacientes.

Conclusiones. En nuestra serie, los episodios que motivaron el ingreso o se presentaron durante el mismo fueron: vasooclusivos el 35% (de estos el 87,5% fueron crisis de dolor óseo); las infecciones o sospecha representaron el 26,4%; las crisis hemolíticas el 16,17% y los STA el 11,7%. Al igual que se describe en la literatura, los episodios vasooclusivos de dolor óseo, fueron los más frecuentes. En segundo lugar, la complicación más frecuente en nuestra revisión han sido las infecciones y no los episodios de STA que refiere la literatura. El fenotipo HbSS fue el fenotipo con más ingresos y mayor número de complicaciones agudas.

ENCEFALITIS EN UCI PEDIÁTRICA: REVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. **I. Sánchez Martínez, M. Villarreal Calvo, A. González Benavides, R. Manso, J. Rodríguez Ruiz, M. Herranz Aguirre.** *Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

TABLA II. COMPLICACIONES AGUDAS.

Complicaciones agudas	Nº de pacientes	Nº de pacientes por fenotipo	Nº episodios de complicaciones agudas	% de complicaciones en el fenotipo HbSS
Vasooclusivos óseos	8	4 Hb SS 3 HbSSá 1 HbSC	21	76%
Vasooclusivos abdominales	2	1 HbSS 1 HbSSá	3	66,6%
STA	4	2 Hb SS 2 HbSSá	8	75%
Infecciones o sospecha	6	3 HbSS 1 HbSC 2 HbSSá	18	50%
Crisis hemolíticas	5	3 HbSS 2 HbSSá	11	63%
Secuestro esplénico	1	1 HbSSá	1	–
Cirugía vía biliar	2	1 HbSS 1 HbSSá	2	–

*HbSSá = Hemoglobina SS + alfa talasemia heterocigota u homocigota.

Introducción. La encefalitis es un proceso inflamatorio agudo del sistema nervioso central que produce una disfunción neurológica. La mayor parte se producen secundariamente a infecciones por virus neurotrópos aunque la etiología puede ser muy variada, con pronósticos muy diversos y difícil diagnóstico.

Objetivo. Realizar una revisión de los casos de niños con encefalitis aguda que requieren ingreso en UCI pediátrica (UCIP) de un hospital terciario entre los años 2007 y 2018.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisa mediante historia clínica informatizada los niños con encefalitis aguda que requieren ingreso en UCIP entre los años 2007 y 2018. Se recogen datos de los antecedentes personales, etiología, clínica, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS versión 20.

Resultados. Han ingresado en UCIP un total 27 niños con diagnóstico de encefalitis aguda, la media de edad es de 5,8 años, predominantemente varones (63%). La clínica predominante fue la fiebre (77,8%), disminución del nivel de consciencia (92,6%) y crisis convulsivas (70,4%). Respecto a la etiología el 37,5% tienen origen infeccioso y en el 18,5% se sospecha etiología inmunomediada por lo que

se inicia tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas aunque los anticuerpos estudiados (anti NMDA y antiLIG1) han resultado negativos en todos los casos, si bien han sido poco realizados. En cuanto a las pruebas complementarias en todos los casos se realiza punción lumbar (siendo normal el 77,8%). Las PCR (reacción en cadena de polimerasa) en líquido cefalorraquídeo (LCR) han sido en su mayoría negativas (81,5%). El EEG estaba alterado en el 92,6% completándose estudio con RMN en el 92,6% que esta alterada en el 48,1% de los casos. Entre el 20-25% de los pacientes precisaron soporte respiratorio e inotrópico. Respecto al tratamiento etiológico, el tratamiento inicial utilizado en todos los casos fue el aciclovir. Asimismo se utiliza cefotaxima en 77,8% de los casos y azitromicina en el 44% de forma empírica. En el seguimiento a largo plazo a los 6 y 12 meses, 40% presentaron secuelas neurológicas y un 7,4% precisaron seguimiento por psiquiatría. Respecto a la mortalidad uno de los pacientes falleció secundariamente a una meningoencefalitis tuberculosa, con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en LCR.

Conclusiones:

- El diagnóstico precoz de la encefalitis requiere una alto índice de sospecha por

parte del pediatra, y es fundamental para instaurar tratamiento de forma inmediata.

- Ante la sospecha clínica de encefalitis debemos iniciar tratamiento empírico que cubra herpes simple ya que estas presentan elevada morbimortalidad, y el tratamiento con aciclovir en los primeros 4 días condiciona el pronóstico.

VALOR DE LA CICLOERGOESPIROMETRÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PREEXCITACIÓN VENTRICULAR. A. Berridi Etxeberria, A. Lasa Aranzasti, E. Rezola Arcelus, M.A. Izquierdo Riezu, M. Eizmendi Bereziartua. *Unidad Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Donostia.*

Antecedentes y objetivos. El ejercicio físico puede inducir alteraciones electrocardiográficas en pacientes con pre-excitación ventricular (PEV), como la desaparición de la onda δ de PEV o la inducción de taquiarritmias. Tradicionalmente, la desaparición brusca de la PEV del electrocardiograma (ECG) durante el esfuerzo físico se ha considerado indicador de bajo riesgo de inducción de arritmias malignas. La cicloergoespirometría sirve para estratificar el riesgo de padecer taquiarritmias malignas y muerte súbita en pacientes con PEV.

El objetivo de este estudio ha sido valorar el comportamiento electrocardiográfico en pacientes pediátricos con PEV, durante el ejercicio físico máximo inducido por cicloergoespirometría.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo por revisión de historias clínicas y cicloergoespirometrías realizadas a pacientes diagnosticados de PEV controlados en nuestro centro, según metodología recomendada por la Sociedad Europea de Cardiología, entre 01/01/2017 y 01/02/2018. Se recogieron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y la evolución de los pacientes.

Resultados. De los 34 pacientes en seguimiento actual por PEV, 21 (61%) ya tenían realizada, antes de 2017, una ergometría convencional, sin registrarse eventos de taquiarritmia en esfuerzo máximo. 19 (90%) precisaron estudio electrofisiológico y ablación de vía

acesoria por clínica de arritmias o ausencia de desaparición de onda δ de PEV en esfuerzo, siendo efectiva en 16 (84%) de ellos.

Durante el periodo de estudio, se realizaron 9 cicloergoespiometrías en 8 (23%) de los pacientes con PEV controlados en nuestra Unidad, 4 (50%) varones y 4 (50%) mujeres, con mediana de edad de 13 años (rango 8-15). 6 (66%) de las pruebas se realizaron en pacientes asintomáticos y 3 (33%) en pacientes con taquicardias.

- Se registraron 3 (23%) casos de taquicardia supraventricular ortodrómica:
 - 1 (33%) en esfuerzo máximo en una paciente con ablación previa y reaparición de PEV en ECG al año del procedimiento, cediendo con maniobras vagales.
 - 2 (66%) durante el periodo de recuperación, en un mismo paciente antes y después de ablación no efectiva, cediendo con maniobras vagales y dosis repetidas de adenosina i.v., respectivamente.
- 5 pacientes (55%) presentaron persistencia de la PEV en esfuerzo máximo, 2 de ellos con antecedente de cardiopatía estructural (1 con anomalía de Ebstein y 1 con defecto interauricular e interventricular corregidos quirúrgicamente).
- 1 paciente (11%) presentó desaparición de la PEV durante el esfuerzo físico máximo.

Comentarios. En nuestra serie un tercio de las cicloergoespiometrías realizadas en pacientes con PEV registran una taquiarritmia en esfuerzo máximo y en el 11% de los casos se observa una desaparición brusca del patrón de PEV. La realización de cicloergoespiometría en pacientes con PEV aporta, según el comportamiento electrocardiográfico durante el ejercicio físico, información pronóstica sobre el riesgo de desarrollo de arritmias malignas.

EN PEDIATRÍA, ¿PENSAMOS EN EL LUPUS? **M. Malumbres Chacón, P. Moreno González, M. Oscoz Lizarbe, M. Bospín Gracia, L. Díaz-Munilla, M. Ilincheta Andueza.** *Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune

crónica con manifestaciones clínicas complejas, poco prevalente en niños y adolescentes. La escasa especificidad de los síntomas y el debut poco frecuente en edad pediátrica dificulta su diagnóstico si no se contempla como posible etiología. A continuación se presentan tres casos clínicos con presentación, sintomatología y evolución diferentes en edad infantil.

Casos clínicos. Caso 1. Niña de 14 años derivada a Reumatología por artralgias, artritis de ambos tobillos y fenómeno de Raynaud. Se realiza estudio detectándose hipocomplementemia, con anti-DNA positivo y ANAs positivos, proteinuria y hematuria. La paciente cumple criterios de LES iniciándose tratamiento con hidroxiquina con mejoría clínica. En este contexto se realiza biopsia renal con glomerulonefritis membranoproliferativa (clase IV) por lo que se añade prednisona, micofenolato e IECA al tratamiento. Presenta una adecuada evolución con corrección de la proteinuria y función renal estable con retirada progresiva de corticoides.

Caso 2. Niña de 10 años que consulta por hematomas espontáneos detectándose trombopenia de 16.000 plaquetas. Se realiza estudio con IgM negativas para Citomegalovirus, Parvovirus y Epstein Barr y autoinmunidad, Ac anti ENA (+), anti-Sm (+), anti-RNP (+), ANA (+) 1/180, AntiDNA (-), complemento y médula ósea normales. Refirió haber presentado fenómeno de Raynaud, artralgias y episodios de rigidez. En seguimiento por Reumatología aumentan los títulos de ANA 1/320, con Ac antifosfolípidos (-) y sin otras alteraciones. Ante la sospecha de lupus eritematoso incompleto (LEI) se inicia tratamiento con prednisona y sulfato de hidroxiquina, con mejoría transitoria de la clínica y de las cifras de plaquetas. Posteriormente se evidencia de nuevo trombopenia mantenida con menos de 50.000 plaquetas, acompañada de lupus discoide en cuero cabelludo, lesiones purpúricas compatibles con vasculitis lúpica y albuminuria intensificándose corticoterapia y añadiéndose azatioprina posteriormente sustituida por micofenolato con buena evolución de la trombopenia.

Caso 3. Niño de 11 años estudiado en Reumatología por aparición progresiva de artralgias, artritis migratorias y lesiones cutáneas

purpúricas en miembros inferiores compatibles con vasculitis. Se realiza estudio detectándose Anti-DNA (+) > 600, ANA (+) 1/320, P-ANCA (+), C3 y C4 bajos (46 y 5 mg/dl). Ante los hallazgos compatibles con lupus eritematoso sistémico (LES) se inicia tratamiento con naproxeno y sulfato de hidroxiquina. Se detecta en controles proteinuria por lo que se realiza biopsia renal por PAAF -TAC compatible con nefropatía lúpica clase III y desarrolla serositis (derrame pericárdico, derrame pleural y ascitis) por lo que se inicia tratamiento con prednisona y bolos de ciclofosfamida, además de tratamiento renoprotector con enalapril y profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol. Posterior sustitución de ciclofosfamida por micofenolato e inicio de pauta descendente de corticoides. Presenta una evolución favorable, la clínica ha ido disminuyendo y actualmente se encuentra asintomático y sin proteinuria.

Conclusión. El LES es una entidad grave que puede comprometer la vida del paciente. Sus síntomas pueden pasar desapercibidos salvo que se tenga un alto índice de sospecha. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial en edad pediátrica con el fin de evitar el retraso en el diagnóstico y tratamiento que empeoraría el pronóstico y aumentaría el riesgo de complicaciones.

REVISIÓN DEL TRAUMA GRAVE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA, REGISTRO MAJOR TRAUMA. **M. Urretavizcaya Martínez¹, N. Clerigué Arrieta¹, E. Arroabarren Aleman¹, M. Fortún Moral², J. Abárzuza Armendariz¹, M. Acebrón Arizcun¹.**
¹Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. ²Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía de Tudela.

Introducción. En países desarrollados el trauma grave constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad. Para conseguir una mejora en los cuidados prestados es esencial la evaluación y monitorización de los mismos. En 2010 se creó en nuestra comunidad un registro de enfermedad traumática grave, Major Trauma, incluyendo aquellos pacientes lesionados con un NISS (*New Injury Severity Score*) >15 (rango 0-75).

El objetivo es describir las características de nuestros pacientes y comparar los datos pediátricos con adultos.

Metodología y resultados. Analizamos los pacientes afectados de trauma grave, incluyendo aspectos demográficos, y datos sobre el traumatismo, la atención pre-hospitalaria, hospitalaria y sobre el alta. Comparamos las características del politrauma del niño frente al adulto mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

Entre 2010 y 2017 se incluyeron 1.763 pacientes, de los cuales 93 fueron menores de 15 años (5,3%). Las incidencias estimadas de trauma fueron: 11,6 casos/100.000 niños/año y 39 casos/100.000 adultos/año. Las medianas de edad fueron: 8 en niños y 55 años en adultos (rango: 0-100), mayor proporción de varones (68%-72%). La mayoría de los casos se dieron en fin de semana (niños 58,5%, adultos 47,8%), mecanismo más frecuente: accidental (96,8% niños vs. 87,6% adultos), tipo de traumatismo (contusos: 95,7% vs. 94,5%), mecanismo lesional: precipitación (44%-46,6%), accidente de tráfico (33,4%-32%) y atropello (10,8%-6,1%). El 40% de los niños fueron trasladados en vehículo propio, frente a un 8% de adultos ($p < 0,001$), siendo el transporte sanitario más utilizado la ambulancia medicalizada (92% niños - 61% adultos ($p < 0,001$)). Llegaron inmovilizados 59% niños frente a 66,5% adultos. Respecto a la asistencia pre-hospitalaria: precisaron soporte vital avanzado un 48% en ambos grupos; intubados 7% niños y 10% adultos. Se consideraron como traumas muy graves (NISS > 24) un 54% de casos en pediatría y 59% en adultos. La mortalidad fue del 16% en pediatría y del 18% en adultos ($p < 0,001$), estando principalmente asociada a accidentes de tráfico en los niños (60%) y a caídas en adultos (62%), de las cuales el 80% fueron de baja altura. No hubo diferencias en la duración de la estancia hospitalaria (mediana de 7 días). La mayoría de pacientes no tienen secuelas neurológicas al alta (pediátricos 73% y adultos 67% ($p > 0,05$)).

Conclusiones:

1. El 5,3% del total de trauma grave se da en edad pediátrica.
2. La mayoría de los accidentes son precipitaciones, de causa accidental.

3. Llama la atención que el 40% de pacientes pediátricos acude en vehículo propio pese a tratarse de un trauma grave.
4. Aunque no hubo diferencias en la gravedad del traumatismo (según NISS), la mortalidad fue diferente según la edad, siendo menor en niños.
5. Para mejorar la asistencia al paciente traumatizado grave el primer paso es conocer la realidad de lo que hacemos.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO. **T.M. Cardenal Alonso-Allende, M.P. Valdivieso Castro, L. Medrano Méndez, L. Álvarez Martínez, E. Ruiz Aja, F.J. Oliver Llinares.** *Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Cruces.*

Antecedentes y objetivos. El síndrome hemolítico urémico (SHU) es causa frecuente de fallo renal agudo en niños. Lo define la tríada de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y fallo renal agudo. Además, pueden producirse manifestaciones gastrointestinales en un tercio de los casos, requiriendo cirugía hasta en un 5%. Por ello, queremos manifestar la posibilidad de complicaciones digestivas potencialmente quirúrgicas secundarias al SHU.

Método. Estudio observacional retrospectivo en un centro terciario entre enero de 1998 y diciembre de 2017 con los siguientes criterios de búsqueda: SHU, obstrucción intestinal, perforación intestinal, intervención quirúrgica. Se encuentran 2 casos clínicos que en el contexto de un SHU presentaron complicaciones gastrointestinales que precisaron cirugía. Realizamos además revisión bibliográfica.

Resultados. *Caso 1:* Niña de 2 años que comienza con cuadro gastroenterítico y posteriormente anuria. Se detectan triada del SHU y toxina Shiga 2 en analítica y coprocultivo respectivamente, diagnosticándose SHU típico. Tras 20 días de hemodiafiltración, su función renal mejora pero presenta intolerancia a nutrición enteral con vómitos, distensión abdominal y deposiciones escasas. Se realizan radiografía abdominal y enema opaco compatibles con obstrucción completa en colon transversal.

Se interviene hallándose en colon transversal perforación contenida y estenosis.

Caso 2: Recién nacido que ingresa por ictericia grado IV Kramer a las 48 horas de vida. La analítica demuestra triada del SHU y se detecta déficit funcional del factor H del complemento, identificándose como SHU atípico. Aunque recupera la función renal tras 8 días de hemodiafiltración, comienza con distensión abdominal e inestabilidad hemodinámica. Se realizan radiografía y ecografía abdominales compatibles con neumoperitoneo. Se interviene encontrándose perforación contenida en íleon y múltiples perforaciones yeyunales con necrosis de asas.

Conclusiones. En el transcurso de un SHU son frecuentes las manifestaciones gastrointestinales. Ocasionalmente pueden precisar tratamiento quirúrgico por perforación, obstrucción o ambas por lo que es importante mantener un alto índice de sospecha ante la aparición de síntomas compatibles.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN

RIESGO DE LESIONES EN EL TRASTORNO DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: EVIDENCIA A PARTIR DE DOS REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS. **M. Ruiz Goikoetxea, S. Cortese, S. Magallón, N. Alvarez Zallo, C. Soutullo, G. Arrondo.** *Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Centro Sanitario Doctor San Martín.*

Antecedentes y objetivos. El trastorno de atención e hiperactividad (TDAH) entre al 3-5% de los niños y adolescentes a nivel mundial, con estimaciones de prevalencia del 2,7% en nuestro entorno más cercano (Soc. Vasco-Navarra Ped 2018). A nivel social, en muchos casos solo se identifica el trastorno con niños "movidos" que presentan problemas escolares, y la medicación como un medio de controlar su comportamiento en la escuela. Se presentan aquí los resultados de 2 revisiones sistemáticas y metaanálisis llevados a cabo por los autores, que muestran cómo las consecuencias del trastorno van más allá de lo escolar, y en concreto evalúan la relación entre el trastorno, el riesgo de lesiones y la medicación

Métodos. Se llevaron a cabo 2 revisiones sistemáticas y metaanálisis dirigidos a: 1) evaluar si el riesgo de lesiones accidentales era mayor en los niños con TDAH y si la medicación reducía este riesgo (resultados publicados en enero de 2018 en *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*); 2) evaluar si el riesgo de intoxicaciones y envenenamientos era mayor en los niños con TDAH y si este riesgo diferencial era superior al del riesgo de lesiones accidentales (resultados pendientes de publicación).

Resultados. A partir de la combinación de datos de 4.055.620 niños y adolescentes sanos y 350.938 con TDAH se encontró que los niños y adolescentes con el trastorno tienen un mayor riesgo de lesiones accidentales que sus iguales (Odds ratio combinada de 1,53; 95% IC = 1,40 a 1,67). En relación al tratamiento, se encontró a partir de la combinación de datos de 13.254 pacientes, que cuando los sujetos toman medicación el riesgo se reduce en comparación a cuando ellos mismos dejan de tomarla (tamaño de efecto combinado 0,88; 95% IC = 0,84 a 0,92). El riesgo de intoxicaciones también es mayor en el grupo con TDAH (tamaño de efecto de 3,14; 95% IC = 2,23 a 4,42, obtenido a partir de 1.398.946 controles y 87.756 casos), y este riesgo es significativamente más alto que el de accidentes.

Conclusiones. Nuestros resultados indicando un riesgo mayor de lesiones e intoxicaciones en los niños con TDAH se suma a las múltiples evidencias existentes de que el trastorno no solo afecta al rendimiento escolar y al comportamiento. La medicación reduce esta probabilidad, pero son además necesarias medidas preventivas especiales en este grupo de especial riesgo.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ONDANSETRÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS REPETIDOS CON DESHIDRATACIÓN LEVE-MODERADA. ¿DISMINUYE EL NÚMERO DE RECONSULTAS MÉDICAS, FLUIDOTERAPIA ENDOVENOSA Y/O INGRESOS? **A. Rodríguez Quintana, J. Amasorrain Urrutia, M. Laura Arnés Parra, N. Larrinaga Daño-beitia, L. Aguirre Pascasio, A. Ruano López.** Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu).

Introducción. Los vómitos, asociados en la mayoría de ocasiones a procesos de gastroenteritis aguda, constituyen un importante motivo de consulta. Suponen la segunda causa de asistencia a un servicio de urgencias pediátricas siendo un motivo importante de ingreso por su potencial riesgo de deshidratación. El tratamiento inicial recomendado es la terapia de rehidratación oral (RHO), aunque en los últimos años ha aumentado de manera considerable el uso del ondansetrón como tratamiento adyuvante. Nuestro objetivo consiste en determinar si su uso ayuda a reducir las visitas repetidas a Urgencias/Atención Primaria por el mismo motivo, la necesidad de fluidoterapia endovenosa así como los ingresos.

Métodos. Estudio epidemiológico observacional retrospectivo mediante el análisis de historias clínicas de la población infantil menor de 14 años que han consultado por vómitos en el servicio de Urgencias de Pediatría en un periodo de 6 meses. Se han registrado las variables edad, género, horas de evolución, presencia de fiebre o diarrea, número de consultas, tratamiento con ondansetrón o RHO exclusiva, necesidad de fluidoterapia endovenosa, ingreso hospitalario y posibles reacciones adversas. Los métodos estadísticos utilizados para comparar las variables categóricas fue el test de Chi cuadrado y para las variables continuas el test de t de Student. Se consideró estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados. De los 718 niños incluidos, 125 (17,4%) recibieron ondansetrón, con una distribución similar entre el número de niños y niñas. La mediana de edad fue de 29 meses, habiéndose administrado en niños menores de 2 años en 14 casos. La dosis administrada oscila entre los 2 y los 8 mg. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas comparando las siguientes variables: el 64% de los que recibieron terapia farmacológica no presentaban diarrea respecto al 51,9% de los que recibieron RHO exclusiva ($p = 0,014$). El 8% de los que recibieron ondansetrón requirieron fluidoterapia endovenosa frente al 3% tratados con RHO exclusiva ($p = 0,009$). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables sexo ($p = 0,079$), presencia de fiebre

($p = 0,062$), horas de evolución ($p = 0,858$), consultas previas en AP, número de consultas ($p = 0,399$ y $p = 0,595$) ni en el número de ingresos ($p = 0,753$). No se describieron eventos adversos.

Conclusiones. A pesar de que varios estudios hayan demostrado la eficacia del ondansetrón para el tratamiento de los vómitos en contexto de gastroenteritis aguda, en nuestro estudio no se ha podido demostrar que haya reducido el número de ingresos o consultas por el mismo motivo. Se observa además que aquellos que recibieron terapia exclusiva con RHO requirieron fluidoterapia endovenosa en menos ocasiones. Su administración se demostró segura en todos los casos, sin haber presentado ningún efecto adverso incluso en los menores de 2 años.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE. **A. Zugazabeitia Irazábal, J. Martínez Diez, A. Vinuesa Jaca, L. Gondra Sangroniz, M. Herrero Goñi, M. Aguirre Meñica.** Hospital Universitario Cruces.

Introducción. La nefritis túbulointersticial (NTI), entidad poco frecuente en la edad pediátrica, es una de las causas intrínsecas de insuficiencia renal aguda (IRA). A pesar de que la causa principal sea la medicamentosa, también puede ser secundaria a enfermedades inmunológicas, a infecciones o ser de causa idiopática. Las secundarias a infecciones pueden suponer hasta un 10% del total.

Caso Clínico. Niño de 9 años sin antecedentes de interés con cuadro de astenia, hiporexia y pérdida ponderal de 2 kg de mes y medio de evolución, que asocia en las 2 últimas semanas sensación de sed y nicturia. No asocia otra sintomatología ni otros factores de riesgo. Su pediatra solicita analítica sanguínea con datos de insuficiencia renal por lo que se deriva a hospital terciario para ingreso y ampliar estudio. Durante el ingreso, se confirma insuficiencia renal (Cr máxima de 6,4 mg/dl, EGFR/talla 9 ml/min 1,73 m²) con datos de tubulopatía proximal (β_2 -microglobulina urinaria 83.000 $\mu\text{g/L}$, TRP 47,5%, glucosuria y aminoaciduria generalizada) e

intersticial (osmolaridad urinaria 355 mosm/kg) que sugieren patología túbulointersticial. Se amplía estudio que descarta patología crónica (PTH y ecografía normales sin datos sugestivos en la historia clínica). Se realiza biopsia renal que confirma afectación túbulointersticial por lo que recibe tratamiento con bolo de corticoterapia intravenosa 500 mg/día durante 3 días sucesivos con dosis de mantenimiento posterior a 2 mg/kg/día y descenso progresivo. No precisa tratamiento sustitutivo. Del estudio etiológico, únicamente se obtiene carga viral positiva para Parvovirus B19 (5.310 copias/ml) por lo que se considera este como agente causal del cuadro y es dado de alta a domicilio. En los controles evolutivos, mejoría clínica progresiva y de la función renal así como de los parámetros de disfunción tubular (último control Cr 0,65 mg/dl EGFR/talla 91 ml/min 1,73 m², TRP normalizado, β_2 -microglobulina urinaria 23.000 μ g/L) y descenso de copias virales hasta 1.927 copias/ml.

Conclusiones. Ante una insuficiencia renal es imprescindible realizar una buena anamnesis con el fin de orientar el diagnóstico etiológico y diferenciar su origen agudo o crónico. Dentro de la afectación aguda, aunque los fármacos son la principal causa de NTIA, es necesario realizar un estudio etiológico exhaustivo ya que en algunos casos se podrá utilizar un tratamiento específico a la patología subyacente.

ACCESSIT MEJOR COMUNICACIÓN

ESTRATEGIA CENTRO DE SALUD IHAN. NUESTRA EXPERIENCIA EN ANSOAIN. **L. García Blanco, E. Ciriza Barea.** *Pediatría. Centro de Salud de Ansoain.*

Debido a la importancia que tiene la Atención Primaria en la promoción, la estrategia IHAN para el Centro de Salud se trata de un programa de acreditación eficaz y basado en la evidencia que permite y facilita la tarea de apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna, con apoyo de la AEPAP.

Pretende que la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna sea la norma en el Centro de Salud. Sus 7 pasos están basados en pruebas científicas y aprobados como estándares de buena práctica clínica. Su implantación mejora la calidad de la atención de salud dirigida a madres, lactantes, niños pequeños y sus familias.

Los 7 pasos son: 1) Normativa de LM; 2) Plan de Formación; 3) Información a las mujeres embarazadas; 4) Apoyo a la madre que amamanta; 5) LM exclusiva 6 meses y continuar con AC hasta 2 años o más; 6) Ambiente acogedor para la madre lactante; 7) Talleres de lactancia y contacto con grupos de apoyo locales.

Para acreditarse como centro IHAN hay varias fases: Fase 1D) Descubrimiento, Fase 2D) Desarrollo, Fase 3D) Difusión y Fase 4D) Designación. El 22 de julio de 2017 el centro de salud de Ansoain entramos en fase 1D de este proyecto. Queremos contar nuestra experiencia.

Nos gustaría destacar que no es difícil y que merece la pena.

CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO. REVISIÓN DE CASOS. **P. Moreno González, M. Villarreal Calvo, I. Sánchez Martínez, N. Lecumberri García, M. Rives Ferreiro, M. Herranz Aguirre.** *Unidad de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción. La infección congénita por CMV (CMV-C) es la principal causa no hereditaria de pérdida de audición neurosensorial, pudiendo causar otras alteraciones.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de CMV-C en un hospital terciario entre 2009-2017. Análisis estadístico SPSS.

Resultados. En los últimos 9 años, 29 pacientes diagnosticados de CMV-C (48,3% varones, 51,7% mujeres). 5 casos diagnosticados después del periodo neonatal por no superar otoemisiones. 1 caso confirmado de primoinfección materna, recibió tratamiento antiviral durante embarazo. La edad media materna fue 33,7 años. Solo el 21,4% eran primíparas (44,8%

tenían hijos menores de 3 años en casa), 35,7% tenían historia previa de aborto, 24,1% embarazos gemelares. El signo fetal más frecuente fue retraso del crecimiento. Ecografía cerebral fetal alterada en 13,8%, en 1 caso se realizó RM fetal con resultado normal. En ningún caso se realizó amniocentesis ni cordocentesis. 55,2% partos eutócicos. Edad gestacional media 36 semanas, 55,2% prematuros. Peso medio al nacimiento 2.467 gramos, 44,8% con peso inferior al peso medio. Z score menor de 2DE para peso 27,6%, para talla 24,1% y 20,7% para circunferencia craneal al nacimiento. El 79,3% fueron diagnosticados en las primeras 3 semanas de vida (68,9% en primera semana). PCR CMV positiva: orina 96,6%, sangre 75,9%, LCR 13,8% (LCR realizado en 48,3% de pacientes). Asintomáticos 44,8%. Trombocitopenia 27,6%, hipertransaminasemia 41,4%, hiperbilirrubinemia 10,3%, ningún caso de anemia. Primera ecografía transfontanelar alterada 48,3%. Coriorretinitis en primer examen oftalmológico 6,9%. Otoemisiones y potenciales evocados auditivos normales bilaterales 51,7%, anormal unilateral 24,1%, anormal bilateral 20,7%. 69% tratados con ganciclovir intravenoso y valganciclovir oral. En seguimiento a largo plazo (12 meses) 3 niños no estudiados porque no han alcanzado esa edad, Z score menor de 2DE para peso y talla 13,8%, 24% microcefalia, 37,9% pérdida de audición.

Conclusiones:

- La pérdida de audición neurosensorial es la secuela más frecuente de CMV-C, suele ser progresiva.
- 8-10% de RN sintomáticos con CMV-C presentan enfermedad grave potencialmente mortal (30%). En nuestra serie no se registró ningún caso fatal.
- PCR CMV es la técnica diagnóstica gold estándar.
- El tratamiento antiviral precoz parece reducir las secuelas a largo plazo principalmente la pérdida de audición.

LESIONES NEGRAS EN SACABOCADOS. **M. Villarreal Calvo, P. Moreno González, M. Herranz Aguirre.** *Unidad de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción. El ectima gangrenoso es una infección cutánea poco frecuente causada principalmente por *Pseudomona aeruginosa*. Generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades hemato-oncológicas. Presenta una mortalidad elevada (en pacientes neutropénicos del 30-45%, en no neutropénicos del 15%). La lesión negra en sacabocados en zona genital o axilar junto con fiebre es el cuadro clínico típico. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y la confirmación microbiológica. El tratamiento se basa en intervención quirúrgica para desbridar las lesiones y antibioticoterapia.

Caso clínico. Niña de 1 año y 2 meses que acude a urgencias por fiebre de 39°C, rinorrea y mucosidad nasal. Se recoge muestra de orina con resultado negativo y se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina.

Al día siguiente consulta de nuevo, presenta mal estado general, con shock descompasado por lo que se administran expansiones de SSF y se inicia tratamiento con cefotaxima. Se solicita analítica sanguínea donde presenta pancitopenia con neutropenia (800), coagulopatía, PCR 263, PCT 26.

También se realiza radiografía de tórax que es normal. Llama la atención la presencia en labios mayores y surco interglúteo así como perianal lesiones ampollas de contenido seroso con base violáceo/ulcerosa. Ante la sospecha de ectima gangrenoso se decide cambio de antibioticoterapia a cefepime y vancomicina. Se solicita valoración a cirugía infantil que decide desbridar las lesiones y recoger muestras obteniendo resultado positivo para *Pseudomona aeruginosa*. Recibe tratamiento antibiótico intravenoso durante 7 días en biterapia con cefepime + tobramicina (dada la gravedad del cuadro, a pesar de antibiograma sensible a tobramicina) y 3 días más con tobramicina en monoterapia.

Durante el ingreso se realiza estudio de inmunoglobulinas y complemento con resultado normal.

Normalización de cifras de neutrófilos en controles analíticos. Presenta buena cicatrización sin edema perilesional ni costras. Se decide alta con ciprofloxacino oral 7 días más. En seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas, por el momento niña sana.

Discusión. Ante la presencia de lesiones negras en sacabocados se debe sospechar esta enfermedad. Para el tratamiento es fundamental una correcta cobertura antibiótica y el desbridamiento de las lesiones.

ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ. A. Kortabarria Urdangarin¹, M. Letona Luqui², I. Merino Marcos¹.
¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. ²Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Introducción. La úlcera de Lipschütz es una entidad poco común, no transmitida por vía sexual, que cursa como una úlcera genital aguda, dolorosa y necrótica, localizada en vulva o vagina. Afecta a mujeres sexualmente inactivas de edades comprendidas entre los 12 y 29 años. La etiología es desconocida, aunque se ha descrito relación con la primoinfección del VEB y otras infecciones virales y bacterianas. El cuadro clínico puede ir precedido de pródromos influenza-like o mononucleosis-like y se caracteriza por la presencia de úlceras vulvares o vaginales profundas que producen dolor intenso y disuria, asociando edema labial y linfadenopatías inguinales. El diagnóstico es clínico y de exclusión. El tratamiento es sintomático, basado en medidas de higiene local y analgesia, tendiendo las úlceras a la curación espontánea en 2-6 semanas, por lo que el pronóstico es bueno. Se comunican dos casos de dos niñas con úlcera de Lipschütz.

Caso clínico 1. Niña de 13 años que acude por cuadro febril, odinofagia y úlcera genital de 24 horas de evolución, sin antecedente de relaciones sexuales ni traumatismo. Presenta una úlcera de 2x2 cm con centro necrótico y secreción blanquecina localizado en labio menor izquierdo y otras dos úlceras milimétricas, una contralateral. Es valorada a las 48 horas, presentando persistencia del dolor y la fiebre. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico y medidas de analgesia, a la espera de los resultados. Se realizan cultivo vaginal y serologías con resultado negativo y analítica donde se objetiva leve aumento de reactantes de fase aguda. A las 48 horas queda afebril y presenta menor tumefacción vaginal.

Caso clínico 2. Niña de 12 años que consulta por fiebre y odinofagia de 3 días de evolución bajo tratamiento con amoxicilina desde hace 72 horas. Asocia prurito genital durante las últimas horas, sin antecedentes de relaciones sexuales ni traumatismo. Se visualiza úlcera de 1x1 cm con centro necrótico localizado en labio menor izquierdo y otra microúlcera en labio menor derecho. Se modifica el tratamiento a aciclovir y amoxicilina-clavulánico, a la espera de los resultados. Se realizan cultivo vaginal que es negativo y analítica con ligera leucocitosis con neutrofilia. Presenta mejoría progresiva de la úlcera.

Comentario. La úlcera de Lipschütz es infrecuente en nuestro medio y muchas veces infradiagnosticada, por lo que es una entidad a considerar ante úlceras genitales en adolescentes sexualmente inactivas. El mayor reto representa realizar un diagnóstico de exclusión, para descartar otras posibles causas de infecciones de transmisión sexual que puedan requerir tratamiento precoz y así poder evitar las posibles complicaciones. En los casos descritos, las úlceras evolucionaron a la curación, sin presentar nuevas recidivas.

FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN... NO TODO ES LO QUE PARECE. M. Ilincheta Andueza, M. Malumbres Chacón, M. Ocoz Lizarbe, M. Herranz Aguirre. *Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción. La fiebre constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. En la mayoría de ocasiones es secundaria a procesos infecciosos breves, benignos y autolimitados. Sin embargo, puede ser el síntoma principal en cuadros subagudos e inespecíficos de difícil diagnóstico. Las causas de fiebre de origen desconocido (FOD) se dividen en cuatro grandes grupos: infecciosas (las más frecuentes), inflamatorias, neoplasias e indeterminadas. Presentamos a continuación un caso de FOD en nuestro centro.

Caso clínico. Niña de 3 años y medio originaria de Marruecos, nacida y residente en España, que ingresa en planta por cuadro de fiebre; intermitente, de dos meses de evolu-

ción, de predominio vespertino (máx 40°C axilar); tos escasa y rigidez generalizada. Como antecedentes de interés destaca viaje a Marruecos en medio del proceso. En la exploración se objetiva afectación del estado general, meningismo y rigidez axial. Ante estos hallazgos se realiza análisis de sangre con trombocitosis, elevación de PCR y VSG y TC craneal que es normal. Se realiza RM cráneo-medular, sin realces ni alteraciones patológicas y fondo de ojo normal. Se completa estudio con Rx tórax en la que se objetiva atelectasia en LSD y adenopatías de dudosa significación, ecocardiograma que no presenta alteraciones y punción lumbar que muestra líquido claro, sin alteraciones histoquímicas y ADA negativo. Ante cuadro de potencial gravedad de etiología no filiada se inicia tratamiento con meropenem, vancomicina, antituberculostáticos (triple terapia) y dexametasona. A las 24 horas presenta mejoría del estado general, queda afebril con mayor movilidad espontánea pero con persistencia de rigidez, especialmente a nivel cervical. Se completa estudio con TC torácico con atelectasias y adenopatías inespecíficas y se obtiene resultado de cuantificación que es negativo retirándose terapia tuberculostática. Se realizan EEG, potenciales somatosensoriales y velocidad de conducción que no muestran alteraciones y serologías de VIH, *Brucella*, *Bartonella*, *Mycoplasma*, *Borrelia*, turalemia y leptospira que son negativas. A las 96 horas se suspende vancomicina y corticoterapia con empeoramiento clínico con mayor rigidez e inicio de artritis de ambas muñecas, más llamativa en ESD. Se realiza gammagrafía en la que se observa hiperfijación patológica en ambas rodillas, tobillo y tarso derecho y asimetrías de captación en pequeñas articulaciones de ambas manos. Se solicita ecografía articular que no muestra alteraciones y se realiza artrocentesis de muñeca izquierda no consiguiéndose extracción de líquido sinovial e infiltrándose corticoide con disminución posterior de los signos locales de inflamación. Tras 10 días de antibioterapia y ante los claros signos inflamatorios de la paciente, se suspende meropenem y se inicia tratamiento con metilprednisolona endovenosa con clara mejoría. Se objetiva descenso de PCR y VSG

y se solicitan ANAs, ANCA, antiCCP y HLA B27 que son negativos y ASLOs discretamente elevados. Los cultivos de jugos gástricos y LCR que son negativos. La respuesta adecuada al tratamiento corticoide y la exclusión de otras causas orienta a artritis idiopática juvenil de inicio sistémico como primera opción, no pudiendo descartarse que se trate de una artritis reactiva. La paciente es dada de alta con buen estado general, exploración física normal con prednisona oral y control evolutivo por Reumatología infantil.

Conclusión. La FOD por definición supone un reto diagnóstico. Una de sus posibles etiologías son las enfermedades inflamatorias, entre las que se encuentra la AIJ sistémica. Los pacientes presentan afectación del estado general y alteraciones analíticas, reactantes de fase aguda muy elevados, siendo muy característica la elevación importante de ferritina, que obligan a realizar estudios descartando infecciones bacterianas y procesos tumorales. Descartadas dichas patologías, se debe iniciar tratamiento con corticoides, en la mayoría de las ocasiones, obteniéndose una respuesta espectacular.

REVISIÓN SOBRE EL BRUE (BRIEF RESOLVED UNEXPLAINED EVENT). EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN 2017 EN EL HU BASURTO. I. Vadillo Álvarez¹, F.J. Humayor Yáñez², A. Gondra Sangroniz², U. Jiménez Belastegi³.
¹MIR 1 Pediatría y áreas específicas, H.U. Basurto.
²Adjunto planta de hospitalización, S. Pediatría, H.U. Basurto. ³Adjunto Urgencias pediátricas y UCIP, S. Pediatría, H.U. Basurto.

Antecedentes y objetivos. En el año 2016 la Academia Americana de Pediatría (AAP) publica la primera guía práctica con recomendaciones a aplicar ante un paciente que haya experimentado un evento aparentemente letal, donde propone reemplazar el término ALTE por un nuevo término, BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* o Evento Breve Resuelto Inexplicado –EBRI–), proveer una aproximación para la evaluación clínica del paciente basada en el riesgo que este tendrá de repetir el evento o de tener un problema subyacente

y, por último, proponer una guía práctica para la atención clínica del paciente de bajo riesgo. Este trabajo tiene como objetivo la revisión del término BRUE, además de la evaluación de la práctica clínica en el H.U. Basurto durante el ejercicio de 2017.

Material y métodos. Hemos realizado una revisión retrospectiva de 30 historias clínicas de pacientes atendidos tanto en el servicio de Urgencias como hospitalizados en la Unidad Neonatal o en planta de hospitalización, durante el ejercicio clínico de 2017. Para ello se realizó una búsqueda de historias clínicas atendiendo a códigos de diagnóstico CIE 10 y búsqueda por palabras clave en las que creemos que podrían encontrarse todos aquellos pacientes con BRUE: “ALTE”, “BRUE”, “atragantamiento”, “episodio aparentemente letal” y “apnea”. Posteriormente, se analizaron los motivos de consulta e ingreso, las pruebas complementarias realizadas, el diagnóstico y la consiguiente actuación clínica, alta u hospitalización, y tratamientos al alta.

Resultados. Obtenemos que, de las 30 historias revisadas, 6 (20%) correspondían a BRUEs, de los cuales 5 (16,6%) cumplían criterios de bajo riesgo. De aquellos pacientes con BRUE de bajo riesgo, todos fueron hospitalizados para monitorización y ampliar estudio y, por tanto, no siguiendo las recomendaciones de la AAP que proponen alta domiciliaria con educación a los progenitores sobre el BRUE e instrucción de RCP básica; aunque sí se realizaron estas instrucciones previo al alta. En el único BRUE de alto riesgo, se tuvo la misma conducta que con los anteriores, con la excepción de que al alta se decidió iniciar monitorización domiciliaria. El resto de pacientes, o bien en su motivo de consulta ya era posible objetivar causa subyacente o bien se dilucidó durante su ingreso.

Comentarios. Por todo ello, concluimos que existe la necesidad de implementar el término BRUE en nuestra práctica clínica diaria, ya que proporciona una base para la decisión clínica al ser una definición precisa dada por el clínico, y no basada en la percepción subjetiva de los cuidadores. Así mismo, objetivamos una sobreactuación con aquellos pacientes con BRUEs de bajo riesgo, lo cual nos hace preci-

sar una modificación en nuestro protocolo de actuación en la primera atención del paciente, bien en la urgencia, bien en primaria.

LIQUEN ESTRIADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. **R. García Uzquiano, A. Igarzabal Irizar, A. Armenteros Cañibano, L. Camats Marsol, A. Zabaleta Rueda, P. Gorrotxategi Gorrotxategi.** *Centro de Salud Pasaia San Pedro. Pasajes, Gipuzkoa, España.*

Introducción. El liquen estriado (LE) es una genodermatosis inflamatoria lineal de carácter benigno que suele ser autolimitada. Habitualmente se presenta en edad preescolar y se ha visto que es más frecuente en el sexo femenino.

Clínicamente se caracteriza por pápulas de 2 a 4 mm de diámetro que forman bandas siguiendo las líneas de Blaschko. Suelen ser lesiones únicas y unilaterales. Afecta generalmente a las extremidades. El diagnóstico suele ser clínico, no requiriendo pruebas complementarias. Las características clínicas y epidemiológicas de las series de casos más extensas de la literatura vienen resumidas en la Tabla III.

Caso clínico. Niña de 6 años y 5 meses. La madre refiere que presenta lesión lineal en extremidad inferior formada por pápulas rosadas que siguen las líneas de Blaschko y se extienden desde el maléolo interno al muslo,

TABLA III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS SERIES PUBLICADAS.

	N = 59	N = 115	N = 89	N = 61	Total = 324
Edad					
< 11 años	24	100	80	61	265 (81%)
11-20	16	15	9	0	40 (13%)
> 20	19				19 (6%)
Localización					
Piernas	26	39	46	30	141 (43%)
Brazo	21	32	31	11	95 (30%)
Tronco	11	29	9	13	62 (19%)
Cabeza	1	15	3	7	26 (8%)
Sexo					
Mujeres	39	78	67	41	225 (70%)
Hombres	20	37	22	20	99 (30%)
Duración					
Media	5,8 meses	6 meses			
Mediana		5 meses			

desde hace aproximadamente 2 años. Aunque tiene apariencia de arañazo o cicatriz no recuerda ningún antecedente traumático a ese nivel. No otros antecedentes patológicos de interés.

El tratamiento que se ha indicado es la observación clínica y por el momento las lesiones permanecen estables.

Comentarios. Ante este tipo de lesiones de debe de realizar el diagnóstico diferencial

con las patologías que siguen las líneas de Blaschko como nevus epidérmico verrucoso lineal (NEVIL), incontinencia pigmenti, enfermedad de Darier lineal, poroqueratosis lineal e hipomelanosis de Ito, entre otras, aunque la morfología es muy típica y en los casos de lesiones únicas, en niñas, lineales y en extremidades inferiores no ofrece grandes problemas diagnósticos.