

Reunión científica
Sociedad Vasco-Navarra
de Pediatría.
Pamplona 2022

*Euskal Herriko Pediatría
Elkartea bilera zientifikoa.
Iruña 2022*

OFTALMIA NODOSA, NO SOLO UN OJO ROJO. A PROPÓSITO DE UN CASO. I. Zabalza González, U. Jiménez Belastegi, R. Adrados Calleja. *Hospital Universitario Basurto.*

Introducción. La oftalmia nodosa se define como una reacción inflamatoria en el ojo desencadenado por los pelos de ciertos insectos, especialmente la procesionaria del pino en su fase de oruga, o material vegetal y deriva su nombre de la reacción nodular conjuntival que producen.

La oruga procesionaria está cubierta de pelos urticantes con forma de arpón y contienen una toxina llamada taumetopeina, que al entrar en contacto con los tejidos produce liberación de histamina. Además, por su forma de arpón son capaces de atravesar los tejidos hasta planos profundos. Todo esto genera una reacción inflamatoria que, en el ojo puede producir desde una conjuntivitis hasta patología ocular severa.

Respecto al tratamiento, lo fundamental es la eliminación de todos los pelos, que, dada su dificultad, en ocasiones precisa intervención quirúrgica.

Caso clínico. Niño de 8 años que consulta en Urgencias por sensación de cuerpo extraño y edema palpebral de ojo izquierdo (OI) de 6 horas de evolución. Afebril, sin síntomas catarrales ni antecedente traumático. A la exploración destaca importante hiperemia conjuntival, quémosis de 360°, pupila midriática hiporreactiva y edema palpebral blando con apertura ocular < 50%. No se observa cuerpo extraño. Se realiza interconsulta urgente al Servicio de Oftalmología, que objetiva, además de lo descrito, una córnea con gran edema estromal y microquístico difuso, Tyndall +++, lesiones fluoresceína positivas y unos 7-9 cuerpos extraños finos intracorneales, que se extraen parcialmente bajo anestesia tópica, y resultan pelos de oruga procesionaria. Ingres para vigilancia oftalmológica estrecha con antibioterapia, corticoterapia y analgesia tópica e intravenosa. Recibe alta hospitalaria a las 72 horas con los diagnósticos de queratoconjuntivitis, uveítis anterior y cuerpo extraño en OI.

En el seguimiento posterior presenta mejoría progresiva de la reacción inflamatoria de córnea y cámara anterior y continúa presen-

tando pelos de procesionaria, que requieren extracción en quirófano, pudiendo retirarse mediante curetaje solo los más superficiales.

En la actualidad persisten pelos intraestromales, sin aparente actividad inflamatoria y como secuelas presenta atrofia del sector inferior del iris, catarata capsular anterior, midriasis media arreactiva y opacidad corneal. Además, ha desarrollado hipermetropía y astigmatismo, con una agudeza visual espontánea de 0,7.

Conclusión. Debemos conocer esta patología e incluirla en el diagnóstico diferencial de "ojo rojo", especialmente en los meses de mayor presencia de este animal que, en nuestro país, son febrero, marzo y abril; ya que un diagnóstico y tratamiento precoz tienen consecuencias en el pronóstico.

SÍNDROME DE INTERRUPCIÓN DEL TALLO HIPOFISARIO: DIFERENTES PRESENTACIONES CLÍNICAS. L.C. Ugarte Mugarza, U. Izpura Bueno, I. Gordo Baztán, S. Berrade Zubiri, C. Andres Sesma, M. Chueca Guindulain. *Unidad de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*

Antecedentes y objetivos. El síndrome de interrupción del tallo hipofisario (PSIS) es una malformación congénita caracterizada por la presencia de adenohipófisis hipoplásica, tallo ausente o interrumpido y neurohipófisis ectópica (imagen radiológica conocida como signo de "tríada clásica").

Existe una amplia variabilidad en su presentación clínica, desde debut neonatal en forma de déficit combinado de hormonas hipofisarias (DCHH), hasta formas tardías con déficit hormonal aislado.

Métodos. Presentamos 5 casos con signos de "tríada clásica" pero diferente clínica al debut: DCHH neonatal, déficit de GH (DGH) diagnosticado por hipoglucemia severa tardía, déficit TSH (DTSH) en estudio de retraso psicomotor, otro caso como hallazgo casual en un cuadro sindrómico y el último DGH en contexto de baja talla.

Resultados:

Caso 1: RN a término con antropometría neonatal normal, que ingresa en Neonatología

a las 10 horas de vida por hipoglucemia. Asocia en las siguientes horas ictericia e hipotonía axial, destacando micropene en la exploración. En el estudio realizado se constata déficit ACTH y DTSH, asociando al año DGH y en pubertad déficit de gonadotropinas.

Caso 2: Niño de 3 años que acude a Urgencias tras sufrir crisis convulsiva hipoglucémica (glucemia 20 mg/dl). Se completa estudio confirmando DGH, y asocia a los 8 años DTSH. Resto de hormonas hipofisarias normales.

Caso 3: Niño de 3 años remitido por sospecha de hipotiroidismo central detectado en el estudio de un ligero retraso psicomotor. Se confirmó el DTSH y asoció DGH, con resto de hormonas hipofisarias normales.

Caso 4: Niño de 5 años con baja talla y dos test de estímulo de GH deficitarios. Resto de hormonas hipofisarias normales.

Caso 5: Lactante de 6 meses en el que se detecta signo de la tríada en RMN realizada por estudio de cuadro sindrómico (sordera neurosensorial profunda y fenotipo peculiar), que posteriormente se confirma una alteración genética en el brazo largo del cromosoma X (Xq26.3-q27.1).

Conclusiones:

- La expresión clínica del PSIS es muy heterogénea en función del tipo e intensidad del déficit hormonal hipofisario asociado, siendo el más frecuente el DGH.
- En período neonatal debe sospecharse ante la asociación de hipoglucemia mantenida, ictericia y micropene.
- Destacar la dificultad del diagnóstico de hipotiroidismo central, dado que suele cursar con valores normales de TSH, pero inapropiados para un valor bajo de T4libre.
- La RMN es fundamental para el diagnóstico del síndrome, además posee de un alto valor pronóstico ya que pueden existir diferentes variantes de la tríada.

CAUSA INFRECUENTE DE PARÁLISIS UNILATERAL DEL NERVIPO HIPOGLOSO. E. Jauregui Benito, S. Maeso Méndez, P. Ivorra González, M. Gen-dive Martín, L. Aguirre Pascasio, C. Salado Marín. *Hospital Universitario Araba.*

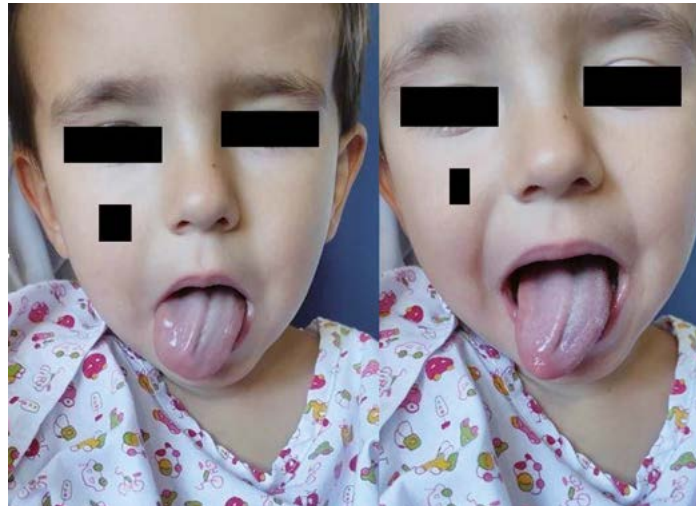


Figura 1. Lateralización de la lengua de nuestro paciente hacia la derecha a la protrusión.

Introducción. La parálisis del nervio hipogloso es una entidad infrecuente, caracterizada por desviación lateral de la lengua a la protrusión y alteraciones en la fase oral de la deglución. Se puede presentar a lo largo de toda la vida, pero es muy infrecuente en la infancia.

Su diagnóstico etiológico es un desafío, y requiere de conocimiento preciso de su trayecto anatómico. Es un nervio motor puro que inerva los músculos linguales. Se origina en el bulbo raquídeo y avanza en dirección posteroanterior, relacionándose con la articulación atlanto-axoidea, para abandonar el cráneo por el foramen condíleo anterior. Posteriormente pasa junto a la arteria carótida interna y se introduce en el suelo de la boca. Su vascularización depende de las arterias vertebral, carótida externa y lingual.

Según lo descrito en la literatura, la mayoría de pacientes asocian otras alteraciones en la exploración neurológica, siendo infrecuente la parálisis aislada del nervio hipogloso. La etiología más frecuente es tumoral, seguida de iatrogénica (postoperatoria) e idiopática. Además, se describen otras causas como traumatismos craneales, lesiones vasculares y malformaciones congénitas óseas (Arnold-Chiari).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso pediátrico de parálisis unilateral del nervio hipogloso de causa infrecuente.

Caso clínico. Se trata de un niño de 3 años, sin antecedentes personales de interés, que

consulta por inicio brusco de lateralización de la lengua hacia la derecha a la protrusión y dificultades en la masticación, sin disfagia. En la exploración se objetiva paresia aislada del nervio hipogloso derecho (Fig. 1).

Los estudios de neuroimagen (RMN y TAC cerebral-cervical) muestran anomalías óseas múltiples de la unión occipito-vertebral, columna cervical y dorsal, sugestivas de Síndrome de Klippel-Feil (estenosis del agujero magno con impronta sobre la unión bulbo-medular en zona anterior, asimilación atlantooccipital derecha y fusión parcial de varias vértebras), que justifican el cuadro clínico de parálisis del nervio hipogloso derecho.

Se valora junto con Neuropediatría y Neurocirugía, y se deriva a la Unidad de Malformaciones Vertebrales de referencia estatal, encontrándose actualmente estable y pendiente de valoración.

ACCESIT MEJOR COMUNICACIÓN

IMPACTO DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL RENDIMIENTO DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA DEL LACTANTE MENOR DE 90 DÍAS CON FIEBRE SIN FOCO. I. Labiano Fuente, S. Míntegi Raso, A. Fernández Uría, A. Lejarzegi Beraza, J. Benito Fernández, B. Gómez Cortes. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces.*

Antecedentes y objetivos. La rapidez con la que consultan en Urgencias los lactantes menores de 90 días con fiebre sin foco (FSF) condujo a introducir nuevos biomarcadores en las más recientes reglas de predicción clínica. Desde el diseño de la primera ellas (*Step-by-Step*), la duración de la fiebre con la que consultan estos niños se ha acertado aún más.

El objetivo del estudio es ver impacto del tiempo de evolución en el rendimiento de las reglas de predicción clínica de infección bacteriana invasiva (IBI) (*Step-by-Step* y PECARN) del lactante ≤ 90 días con FSF.

Metodología. Análisis secundario de un registro prospectivo de todos los lactantes ≤ 90 días con FSF.

atendidos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario entre 2008 y 2021. Se comparó el rendimiento de las reglas de predicción clínica en relación con el tiempo de evolución: sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y razones de verosimilitud (RV+ y RV-). Se excluyeron los pacientes en los que no se dispuso del dato del tiempo de evolución, tira de orina, hemocultivo o alguno de los parámetros analíticos incluidos en dichas reglas.

Resultados. De los 2.358 pacientes incluidos, 65 fueron diagnosticados de una IBI (2,7%). El tiempo de evolución de la fiebre hasta la consulta se redujo a lo largo del periodo de estudio: mediana 5 horas (RIQ: 2-12) de 2008 a 2014 y 3 horas (RIQ 1-10) de 2015 a 2021 ($p < 0,01$). El rendimiento de las reglas disminuyó en los pacientes que consultaron con menos tiempo de evolución (Tabla I).

Conclusión. Los lactantes ≤ 90 días con FSF consultan cada vez más rápidamente en urgencias, lo que condiciona el rendimiento de las reglas de predicción clínica. Debe considerarse introducir el tiempo de evolución en las mismas y realizar un manejo más cauto en los que consultan con tiempos muy recortados.

TOSFERINA Y SÍNDROME PERTUSOIDE: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS. J. Balentziaga Ibarlucea, E. Pérez Estevez, M. Ortega Del Rio, A. Zugazabeitia Irazabal. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Antecedentes y objetivos. La tosferina es una infección bacteriana muy contagiosa, potencialmente grave y endémica a nivel mundial. A pesar de que la inmunización contra esta enfermedad se incluye en el calendario de vacunación infantil, los lactantes de edad más temprana son los más afectados. Por este motivo se inició la vacunación en las embarazadas en el tercer trimestre, dado que los anticuerpos protectores contra la enfermedad que crea la madre son transmitidos al recién nacido. El objetivo principal de este análisis es ver las consecuencias de la implantación de la vacunación sistemática en embarazadas en nuestra comunidad autónoma en el 2015. Además, como objetivo secundario evaluamos el cambio de manejo de esta patología en los últimos años. *Método:* Se han analizado los

casos de pacientes pediátricos ingresados con diagnóstico de tosferina y síndrome pertusoide entre enero de 2010 y diciembre de 2021 en el Hospital Universitario Cruces. Se recogen los siguientes datos: edad, tiempo de ingreso, tratamiento recibido, soporte respiratorio, alimentación, complicaciones e ingresos en Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Resultados. En este período de tiempo hubo 74 pacientes pediátricos ingresados en planta de hospitalización, 68 de ellos diagnosticados de tosferina y 6 de síndrome pertusoide. El 62% del total de pacientes ingresados eran menores de 3 meses. Desde el inicio de la vacunación sistemática de tosferina en embarazadas en el año 2015, se ve un claro descenso de las hospitalizaciones en lactantes debido a esta infección y en la gravedad de la misma. Centrándonos exclusivamente en la tosferina, el 89,7% ingresaron previo al inicio de la inmunización materna. De estos, 10 pacientes precisaron ingreso en la UCIP, todos menores de 3 meses, siendo 2 diagnosticados de tosferina maligna y falleciendo uno de ellos. En cuanto al manejo de todos los pacientes hospitalizados, el 65% precisaron alimentación por SNG y el 57% recibieron oxigenoterapia en algún momento de todo el ingreso. Se ha constatado un cambio considerable en la antibioterapia usada y en la tendencia a asociar otros tratamientos como broncodilatadores o corticoides nebulizados.

Conclusiones. La tosferina es una infección potencialmente grave sobre todo para los lactantes más vulnerables, y probablemente gra-

TABLA I. RENDIMIENTO DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICAS SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	RV (+)	RV (-)
Step-by-step						
≤ 2 horas	84,6% (66,5% a 93,9%)	56,9% (53,6% a 60,0%)	5,3% (3,5% a 7,8%)	99,2% (98,1% a 99,7%)	1,96 (1,64 a 2,35)	0,27 (0,11 a 0,67)
> 2 horas	100% (91,0% a 100%)	55,1% (52,4% a 57,7%)	5,9% (4,4% a 8,0%)	100% (99,5% a 100%)	2,22 (2,10 a 2,36)	0
PECARN						
≤ 2 horas	88,5% (71,0% a 96,0%)	39,0% (35,9% a 42,2%)	3,9% (2,6% a 5,9%)	99,2% (97,6% a 99,7%)	1,45 (1,25 a 1,68)	0,30 (0,10 a 0,86)
> 2 horas	94,9% (83,1% a 98,6%)	43,0% (40,4% a 45,6%)	4,5% (3,3% a 6,2%)	99,7% (98,8% a 99,9%)	1,66 (1,53 a 1,81)	0,12 (0,03 a 0,46)

cias al inicio de la vacunación de embarazadas se ha visto un claro descenso de casos y de la gravedad de la misma. Además, se ha visto un claro cambio en el manejo de esta patología en nuestro hospital.

INMUNODEFICIENCIA CTLA-4 Y EL USO DE ABATACEPT: A PROPÓSITO DE UN CASO. M. Erroz Ferrer, I. Gordo Baztán, M.A. Sánchez Durán, M. Oscoz Izarbe, A. Martu Nalda, M. Herranz Aguirre. *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

Introducción. En condiciones normales, la sinapsis inmune se produce entre los receptores CD80/CD86 de la membrana del linfocito B, célula presentadora de antígenos (CPA) o macrófago, provocando la activación inmune tras unirse al receptor CD28 del linfocito T o la supresión inmune al unirse al receptor CTLA-4 (CD152).

El déficit de CTLA-4 es un trastorno de disregulación inmune consistente en una menor expresión o disfunción del receptor CTLA-4, causada por una mutación de novo o una herencia autosómica dominante. Este defecto conlleva una alteración del sistema de autotolerancia, con aumento de fenómenos autoinmunes (como citopenias o enfermedad inflamatoria intestinal) además de infecciones recurrentes, linfadenopatías o hipogammaglobulinemia.

Resumen del caso. Presentamos el caso de un adolescente de 15 años con inmunodeficiencia congénita tipo CTLA-4. Presenta una mutación c.436G>A p.Gly146Arg en heterocigosis en el gen CTLA-4 de novo. Como antecedentes, desde 2015 ha presentado varios brotes de anemia hemolítica y trombocitopenia autoinmunes en contexto de infección, llegando a requerir ingreso en UCI-Pediátrica por brote de anemia hemolítica grave en 2017 (cifras Hb 3,3 mg/dl). Actualmente presenta buen control con micofenolato, iniciado en mayo de 2018 por menor respuesta a corticoides y gammaglobulinas. También presentó un ectima que resolvió bien con tratamiento.

Además, en octubre de 2021 inicia cuadro de deposiciones líquidas diarias asociadas a

pérdida de peso y calprotectinas elevadas, compatible con colitis asociada a inmunodeficiencia en colonoscopia y enteroRM. Dado el inicio del cuadro intestinal en contexto de inmunodeficiencia CTLA-4, de acuerdo con centro de referencia se inicia tratamiento con Abatacept, manteniendo el micofenolato.

El abatacept es una proteína de fusión recombinante formada por un dominio extracelular de CTLA4 humano y una región constante de cadena pesada de IgG1 humana. Esta proteína de fusión se une a CD80/CD86 en las CPA y previene la activación de células T mediante la inhibición de CD28.

Tras el inicio del abatacept en abril de 2022, se ha objetivado mejoría clínica significativa del cuadro intestinal. No ha vuelto a presentar brotes de anemia hemolítica o trombocitopenia y no ha tenido otras infecciones que requieran tratamiento antibiótico.

Conclusiones:

1. La presencia de 2 citopenias autoinmunes es signo de alerta de inmunodeficiencia primaria.
2. Hacer el diagnóstico final de inmunodeficiencia es importante para el paciente ya que ayuda a encontrar un tratamiento específico.
3. Este caso apoya el uso de Abatacept como buena opción terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal asociada a inmunodeficiencia CTLA-4.

ALTERACIONES RADIOLÓGICAS EN LAS PRINCIPALES DISPLASIAS ÓSEAS. U. Izpura Bueno, I. Gordo Bazta, L.C. Ugarte Mugarza, S. Berrade Zubiri. *Hospital Universitario de Navarra.*

Antecedentes y objetivos. Las displasias óseas son un grupo heterogéneo de síndromes causados por un desarrollo defectuoso del tejido óseo, tanto en su formación, crecimiento o estructura.

El motivo principal de consulta es la baja talla desproporcionada, características fenotípicas o fracturas óseas frecuentes, aunque en ocasiones, la sospecha diagnóstica se produce por alteraciones radiológicas concretas, siendo esta última la base de nuestro trabajo.

Método. Se presentan diversos cuadros clínicos con imágenes radiológicas características de su displasia ósea.

Resultados. Un grupo de pacientes presenta acortamiento de huesos largos, que dividimos en acromelia (pseudohipoparatiroidismo tipo 1A, pseudoPHP, acrodisostosis), mesomelia (síndrome de Leri-Weil por haploinsuficiencia de gen SHOX, síndrome de Turner) y rizomelia por alteración gen FGFR3 (displasia tanatófórica, acondroplasia, hipcondroplasia).

Otro grupo sería la disostosis por alteración en la organogénesis del esqueleto (displasia cleidocraneal y displasia Kniest) o crecimiento óseo desorganizado (condrodisplasia punctata y exóstosis múltiple).

Un tercer grupo son los cuadros con alteración de la mineralización, por exceso (osteopetrosis), por defecto (osteogénesis imperfecta) o por mineralización desestructurada (raquitismo hipofosfatémico familiar, raquitismo carencial).

Finalmente presentaremos las alteraciones radiológicas de un grupo variado como agenesia de pulgares en anemia de Fanconi, un caso de ectrodactilia en neurofibromatosis y enfermedad de Scheuermann en un paciente con síndrome de "Cat-eye".

Conclusiones. Las principales manifestaciones clínicas de las displasias óseas son la talla baja disarmónica, las deformidades óseas o las fracturas frecuentes, en ocasiones ya evidentes al nacimiento o en primeras etapas de la vida.

En otros casos más leves los rasgos dismórficos iniciales son mínimos y las radiografías óseas pueden ser de gran utilidad para caracterizar y clasificar determinadas displasias óseas.

EZ IZKUTATU! ZER EGIN DEZAKEGU UMEEN ARTEKO INDARKERIAREN AURREAN? A. San Martín Sagarzazu, C. Diez Saez, H. Uriarte Gutierrez, N. Rodríguez Cano, P. Peña Torre, V. Vidal Alba. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao, Vizcaya.*

Indarkeria mota askotakoa izan daiteke eta adin tarte guztietan gertatzen da, baita haur

eta nerabeen artean ere. Gainera arazo honek umeengan alde biopsikosozialean sor ditzaketen ondorioak larriak izan daitezke. Bullying-a 18 urte azpiko pertsona edo talde batek adin tarte antzeko beste bati nahita egindako ekintza bat da zeinetan mina, beldurra edo ezinegona eragitea da helburu eta erasotzaile eta biktimaren arteko botere erlazio desorekatua sortzen da. Biolentzia horrek forma anitz dazka izan ere hainbat tokitan gerta daiteke, ez soilik eskolan, presentzialki egin daiteke edo sare sozialen bitartez adibidez, hirugarren pertsonak erabil daitezke mina eragiteko, etab. 2018an egindako ikerketa batean ikasleen %20ak berdinaren arteko indarkeria jasan dutela aitortu zuten.

Horregatik, arazo hori zenbatekoa eta zein motakoa zen jakiteko azkeneko hiru urteetan gure Urgentziako zerbitzuan kontsultatutako erasoena ezaugarriak aztertu genituen.

2019, 2020 eta 2021 urteetan 14 urtetik beherako paziente erasotuak aztertu genituen. Tratatu txarren kasuak baztertu genituen. Haurren adina, sexua, erasotzaileen eta erasoaren ezaugarriak (kokalekua, bakarra edo taldekoa, teknologiararen erabilera), eta ondorengo jarraipena bildu ziren.

Guztira 30 eraso aztertu ziren (10 2019an; 4 2020an eta 16 2021an). Batzuetan besteko adina 11 urtekoa izan zen (6 eta 14 urtekoa) eta %46-a emakumeetan. Neskei eragindako eraso guztien artean %71-a 2021an jazo zen. Erasotzaileei dagokienez, %40-a neskek ziren. %56-a eskolan gertatu zen eta eraso grupalak guztien %36-a izan zen, horietatik %73^a 2021an bilduta. Eraso grupalen %63-an neskek ziren erasotzaileak, kasu guztiak 2021an antzemanen. 2021ko kasuen %37,5-an teknologiarik parte hartu zuen, inolako kasurik aurkitu gabe aurreko urteetan.

Laburbilduz, pandemia ondoren badirudi biolentzia motak aldatu egin direla, nesken artean, eraso grupalak eta teknologiararen partehartzearekin kasu gehiago izan dira. Arazoa benetakoa dela ikusirik, haur eta nerabeen arteko indarkeria ekiditeko plangintza bat antolatzea ezinbestekoa da, bai lehen mailako arretan zein Urgentzia mailan kasu hauek antzemateko eta ein batean ekiditeko.

PERICARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS DE ETIOLOGÍA ATÍPICA. **E. Diez Martín, A. Mujika Agirre, E. Rezola Arcelus, M. Iglesias Barroso, M. Satrustegi Aritziturri, N. Ovelar Zubiaga.** *Hospital Universitario de Donosti.*

Introducción. La causa más frecuente de pericarditis aguda en nuestro medio es la idiopática o asociada a procesos virales. Sin embargo, existen otras etiologías que es preciso conocer, ya que pueden influir en el tratamiento y pronóstico a largo plazo pueden ser diferentes. Entre otras etiologías están las bacterianas, neoplásicas, traumáticas o autoinmunes.

Presentamos cuatro casos de pericarditis aguda de etiología infrecuente con afectación hemodinámica significativa, por su gravedad y la necesidad de un manejo hospitalario intensivo.

Caso clínico 1: Niña de 12 años procedente de Pakistán desde enero 2022, con clínica insidiosa de dolor torácico intermitente de 3 meses de evolución tras traumatismo torácico banal y hallazgo de derrame pericárdico masivo con signos de taponamiento pericárdico que precisó pericardiocentesis con extracción de abundante líquido hemorrágico. En el estudio ecocardiográfico se constató aneurisma de aorta ascendente y ante posible etiología traumática del derrame, se realizó intervención quirúrgica con sustitución de aorta ascendente por tubo protésico.

Caso clínico 2: Niña de 10 años, previamente sana, que presenta un primer episodio de pericarditis aguda leve en contexto COVID, resuelta con AINEs en pocos días. A los 3 meses presenta nueva recurrencia con cuadro febril de 3 días de evolución y dolor torácico típico, con hallazgo de derrame pericárdico severo sin respuesta a AINEs y colchicina. Se realiza pericardiocentesis evacuadora con buena respuesta inicial, pero a los 3 días comienza nuevamente con clínica y hallazgo de derrame pericárdico moderado. Ante pericarditis recurrente, se inicia tratamiento con glucocorticoide oral con buena respuesta.

Caso clínico 3: Recién nacido de 3 días de vida, con diagnóstico de trisomía 21 y canal aurículoventricular completo e hipertensión

pulmonar que presenta derrame pericárdico severo de instauración súbita en probable relación con síndrome mieloproliferativo transitorio (70.510 leucocitos en sangre periférica) con buena respuesta a tratamiento con glucocorticoide durante una semana, sin llegar a precisar pericardiocentesis.

Caso clínico 4: Niña de 6 años con clínica de dolor torácico agudo tras neumonía basal izquierda con hemocultivo positivo a *S. pyogenes*, con hallazgo de derrame pericárdico severo con múltiples tabiques fibrosos en su interior que precisó pericardiocentesis y tratamiento antibiótico intensivo con buena evolución.

Comentarios. La pericarditis aguda es un proceso poco frecuente que puede cursar con una afectación hemodinámica rápida y grave, y debe sospecharse ante todo paciente con dolor torácico y cardiomegalia.

La terapia inicial consiste en AINEs pudiendo asociar otros fármacos anti-inflamatorios como colchicina o corticoterapia y, en los casos refractarios, incluso inmunosupresores. Los casos más graves con riesgo de taponamiento pericárdico o derrame importante precisarán pericardiocentesis evacuadora para su estabilización hemodinámica.

La etiología de la inflamación pericárdica marcará la elección del tratamiento, la respuesta al mismo, el riesgo de recurrencia y el pronóstico a largo plazo.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN

¿DEBERÍA SOSPECHAR MALTRATO? UNA REALIDAD A LA QUE NO SIEMPRE PRESTAMOS ATENCIÓN. **E. García Gordo, K. Diez Saez.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.*

El maltrato infantil (MTI) es un problema de salud de gran magnitud, pero tan solo se detecta un pequeño porcentaje (10-20%). La dificultad en el diagnóstico diferencial de muchas lesiones y su manera de manifestarse junto con la presión asistencial de las urgencias pediátricas favorece que en ocasiones estas situaciones pasen desapercibidas.

El objetivo de esta comunicación es concienciar de la importancia de incluir el MTI en el diagnóstico diferencial de determinados motivos de consulta y ante una historia clínica sospechosa.

Existen tantas formas de maltrato como formas de dañar a un niño. Las principales son, el abuso sexual, el abuso emocional, abuso físico y por último la negligencia, detectándose casos principalmente en adolescentes y niños menores de tres años.

Aunque no siempre están presentes, conocer los factores de riesgo que predisponen al MTI nos va a ayudar a pensar en él ante determinados hallazgos, como queda patente en estos casos que presentamos.

Caso 1: Lactante de 1 mes con TCE. Presentaba tumefacción en región parietooccipital izquierda, líneas de fractura a nivel temporal izquierdo y parietal derecha y focos aislados de hemorragia subaracnoidea. Progenitores jóvenes, madre con trastorno adaptativo y consumidora de tóxicos. Padre tutelado por diputación, intentos autolíticos e hijo previo con familia de acogida.

Caso 2: Lactante de 13 meses con tendencia al sueño, objetivándose en orina positividad para cannabinoides. Madre discapacidad intelectual, antecedentes de conducta delictiva e hija previa tutelada por diputación. Padre no trabajador. Bajo nivel educacional de ambos.

Caso 3: Niña de 5 años que ingresa por crisis moderada de asma, con nula adherencia a tratamiento de fondo. Como antecedentes, progenitores divorciados. Viven en albergue y seguimiento por Servicios Sociales. Acuden a naturalista para control de asma.

Caso 4: Lactante de 6 meses que ingresa por sospecha de *shaking baby*. En este caso, no había factores de riesgo familiares ni socio-culturales.

A falta de la implementación de métodos de cribado, es esencial considerar el MTI en el diagnóstico diferencial para poder así detectarlo. Tras realizar una adecuada historia clínica y exploración física detallada debemos ser capaces de identificar factores de riesgo e indicadores de MTI. La detección es una condición necesaria para posibilitar una intervención adecuada destinada a mejorar

la situación del niño o niña y prevenir que se repita el maltrato. Por ello, te animo a que ante historias clínicas sospechosas te plantees: ¿debería sospechar maltrato?

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER COMENTADO

CASO SOBRE OSTEOMIELITIS CRÓNICA. S. Porteros Porras, A. Alonso Marín, M. Erroz Ferrer, M. Herranz Aguirre, S. García Mata. Hospital Universitario de Navarra.

Introducción. La osteomielitis crónica es una entidad infrecuente en nuestro medio actualmente que requiere un abordaje multidisciplinar. Aunque no es común en los países desarrollados, su frecuencia es significativamente mayor en países en vías de desarrollo. Precisa una batería de pruebas, especialmente la RMN y el cultivo de muestra, para un diagnóstico y tratamiento eficaz.

Resumen del caso. Niña de 6 años originaria de Guinea Ecuatorial con antecedentes de malaria que acudió a nuestro hospital para estudio de una lesión en EEII derecha con radiografía donde se observaba una lesión lítica parcheada en zona proximal de peroné. El cuadro inició en Guinea en octubre de 2021 con fiebre, rechazo de la marcha e inflamación local tras picadura de insecto donde fue drenado y tratado con ampicilina. En julio de 2022 en nuestro hospital persistía edema y dolor tras actividad física, sin fiebre.

Durante la exploración presentaba una lesión en región poplíteica derecha tumefacta, caliente, no dolorosa a la palpación y sin limitación a la movilidad. En las sucesivas analíticas, la paciente presentó un incremento de los reactantes de fase aguda (PCR 74,7 y PCT 2,53) y VSG (120 mm/hora) con leve neutrofilia.

Durante su ingreso a cargo de pediatría y traumatología se amplió estudio con radiografías, ecografía, RMN y TC de la zona donde se observaba una lesión lítica irregular con engrosamiento perióstico en metafisis proximal y diáfisis del peroné derecho, con afecta-

ción inflamatoria de la musculatura. Debido al resultado de la prueba, se realizó biopsia ósea con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a metinilina. Se realizó tratamiento con cloxacilina endovenosa durante tres semanas y posteriormente cefadroxilo oral junto con rifampicina las siguientes ocho. Se mantiene cefadroxilo hasta la actualidad (3 meses). Se ha realizado abordaje médico quirúrgico precisando intervención de Masquelet en dos tiempos con buena evolución.

Conclusiones y comentarios:

- La osteomielitis crónica es una entidad que precisa un largo tratamiento multidisciplinar tanto médico como quirúrgico para su resolución.
- Es fundamental elegir antibioterapia dirigida, siempre teniendo en cuenta los resultados de los aislamientos de cultivo para individualizar cada paciente.
- Se debe pensar en ella en pacientes con antecedentes de osteomielitis aguda con mala evolución (persistencia de fiebre, hemocultivos positivos o elevación mantenida de PCR) o tratamiento inapropiado, para diferenciarlo de otras causas de afectación ósea crónicas.

CUANDO ESTÉS CON UN PACIENTE, PIERDE TIEMPO EN LA ANAMNESIS. **I. Gordo Baztán, U. Izpura Bueno, M. Erroz Ferrer, N. Saloni Gomez, A.L. Martínez de Morentin Navarcorrena, M.L. Palacios Loro. Hospital Universitario de Navarra.**

Introducción y objetivos. La ingesta de cuerpos extraños es un motivo de consulta frecuente en el Servicio de Urgencias de Pediatría y puede llegar a suponer riesgo vital para el paciente. Por ello, ante un paciente en el que sospechemos dicha ingesta, es importante detectar los síntomas y signos de alarma de forma precoz, para poder realizar un buen abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico. Niña de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por vómitos de 48 horas de evolución, sin tolerancia a líquidos y tendencia a la somnolencia. Se inicia pauta de rehidratación intravenosa

rápida sin presentar mejoría clínica; por lo que ingresa en la Unidad de Observación. Estando en observación realiza un vómito de aspecto bilioso sin empeoramiento clínico ni alteración en la exploración del abdomen. Se completa el estudio con una ecografía abdominal que muestra invaginación de intestino delgado con signos de sufrimiento de asa y se realiza a su vez una radiografía de abdomen objetivando cuerpo extraño radioopaco fijando asas. Tras observar estos hallazgos, se rehistoria a la familia, que menciona tener bolas imantadas de juguete en el domicilio, sin tener noción de su posible ingesta. Se indica intervención quirúrgica de forma urgente realizándose devolvulación y extracción de 8 cuerpos extraños redondeados a través de dos perforaciones intestinales, las cuales se cierran posteriormente. Durante la intervención, la paciente presenta inestabilidad hemodinámica con shock refractario a volumen, precisando perfusión continua de noradrenalina. Posteriormente, la paciente ingresa en UCI-P, donde precisa durante 22 horas de soporte inotrópico con noradrenalina y soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva, además de nutrición parenteral durante 6 días. Como complicación infecciosa, presenta sepsis por *S. haemolyticus*. Tras 14 días de ingreso, es dada de alta, con resolución favorable del cuadro y buena evolución posterior.

Discusión y conclusiones. La ingesta es el mecanismo más habitual de introducción de cuerpos extraños en la edad pediátrica; y a su vez una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad. La clínica de presentación puede variar desde sintomatología leve hasta compromiso vital; bien por obstrucción de vía aérea o compromiso de vía digestiva. Por ello con este caso clínico se quiere resaltar la importancia de dedicar tiempo a realizar una anamnesis detallada; que en muchas ocasiones, como en este caso clínico, será la clave para realizar una adecuada atención diagnóstica y terapéutica.

SACROILEÍTIS INFECCIOSA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO. **A. Alonso Marín, S. Porteros Porras,**

M. Erroz Ferrer, E.M. Gembero Esarte., M Brun Sanchez, M. Herranz Aguirre. *Hospital Universitario de Navarra.*

Introducción. La sacroileítis infecciosa es una patología poco frecuente en población pediátrica.

En menores de 3 años la causa es generalmente infecciosa, mientras que en adolescentes suele ser inflamatoria. El microorganismo más frecuente es *Staphylococcus aureus*, aunque el hemocultivo es negativo la mayoría de casos. Requiere un amplio diagnóstico diferencial, ya que no presenta clínica típica y el dolor sacro habitualmente se confunde con dolor abdominal o de extremidades inferiores.

En las maniobras de la exploración física, el signo de Fabere y el de Gaenslen resultarán positivos en todos los pacientes.

Analíticamente, la elevación de VSG y PCR apoyan el diagnóstico. La RMN es la prueba de elección.

Se recomienda instauración precoz de antibioterapia, con duración de 4-6 semanas, planteando el abordaje quirúrgico en casos de evolución tórpida.

Resumen caso clínico. Presentamos el caso de una adolescente de 13 años que acude a Urgencias por coxalgia derecha con irradiación a extremidad inferior, rechazo de la bipedestación y febrícula de más de 15 días de evolución.

Durante su estancia en Urgencias se realiza radiografía de columna lumbo-sacra sin alteraciones, una ecografía de caderas sin signos de inflamación ni derrame articular y una analítica sanguínea con PCR de 109 mg/L. Dada la afectación clínica, se decide ingreso en planta de hospitalización para control del dolor y ampliar estudio.

Al inicio del ingreso presenta episodios de deposiciones diarreas y malestar general, que posteriormente se resuelven. Persisten picos de febrícula, con empeoramiento clínico y analítico. Se completa el estudio con RMN lumbo-sacra y pélvica en la que se aprecian signos compatibles con sacroileítis derecha. Además, se aísla *Staphylococcus aureus* meticilín sensible en hemocultivo, iniciando antibioterapia con cefazolina intravenosa.

Actualmente permanece ingresada, mostrando una persistencia del dolor y rechazo a la bipedestación y marcha a pesar de antibioterapia. En RMN de control persiste afectación sacroilíaca, mayor que la previa. Dada la evolución tórpida y las necesidades de antibioterapia prolongada se encuentra pendiente de valoración multidisciplinar.

Conclusiones:

1. Es una patología infrecuente, predominante hasta los 3 años de edad. En adolescentes, la etiología suele ser inflamatoria, por ello se debe realizar un amplio diagnóstico diferencial. Siempre considerar la etiología infecciosa a cualquier edad.
2. La exploración de las articulaciones sacroilíacas es clave para el diagnóstico diferencial de la sacroileítis infecciosa, viéndose dificultada en niños pequeños.
3. La RM se considera la prueba de elección para el diagnóstico precoz.

VARICELA NEONATAL Y HERPES ZÓSTER: CUANDO EL EXANTEMA ES AÚN MÁS INESPECÍFICO. **E. Ortiz de Mendivil Bernal, T. Santamaría Barrena, I. Zabalza González, A.M. Morata Lorente, E. García Gordo.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.*

La varicela neonatal consiste en un cuadro con fiebre y posterior exantema vesicular inespecífico tras los primeros 15 días de vida. Por ello, en neonatos debemos vigilar cualquier lesión dermatológica si han tenido contacto directo con el virus. El riesgo de reactivación a zóster, aumenta cuanto menor es la edad de adquisición.

La clínica consiste en aparición de vesículas en el dermatoma correspondiente, con hipoacusia, tinnitus, otalgia y paresia del VII par, pudiendo asociar déficits en otros pares craneales. Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial entre una parálisis central y periférica. La parálisis facial por herpes zóster ocurre tras reactivación del virus en el ganglio geniculado y supone solamente el 10% de las parálisis periféricas en niños. El grado de disfunción del nervio facial se va a determinar mediante la clasificación de House Brackman.

El diagnóstico es clínico, aunque se pueden utilizar pruebas complementarias como serologías y pruebas para descartar complicaciones y para el seguimiento posterior, entre ellas audiometrías para valorar la función auditiva. De forma aguda se tratará con aciclovir, corticoide e inmunoglobulina.

Presentamos a un paciente de 4 meses que acude a Urgencias con hemiparesia facial izquierda de 8 horas de evolución. Asociaba aparición de vesículas en mentón con evolución costrosa y lesiones vesiculosas auriculares, preauriculares, malares y mandibulares izquierdas, junto a aftas orales. Era un lactante sin antecedentes de interés con un embarazo de curso normal, adecuada ganancia ponderal y desarrollo psicomotor acorde a su edad. Como único antecedente contaba con una visita a la urgencia a los 24 días de vida por aparición de una vesícula en pierna tras contacto con su hermano afecto de varicela.

En la exploración física se constatan vesículas en región del VII par, hemiparesia facial derecha periférica con desviación de comisura bucal, con defecto de cierre palpebral.

Ante un niño con una parálisis primero debemos hacer un buen diagnóstico entre una parálisis central y una periférica. En caso de ser periférica lo más frecuente es que sea idiopática (P. Bell). En nuestro caso, el antecedente y cuadro dermatológico asociado hizo sospechar una reactivación del virus varicela zóster, que fue confirmado mediante pruebas serológicas. Ante la aparición de vesículas en neonatos no vacunados en contacto con pacientes con varicela, debe descartarse siempre la varicela como diagnóstico. No hay que olvidar que el contagio precoz aumenta el riesgo de reactivación en forma de zóster, presentándose en un pequeño grupo como parálisis facial periférica.

SERIE DE CASOS DE HEMATURIA MACROSCÓPICA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE. A. García Oller, S. Maeso Mendez, M. Etxebarria Aurekoetxea, L. Barreda Pérez, A. Prigent Díaz, J.C. Len Aguilera. Hospital Universitario Araba. Servicio de Pediatría.

Introducción. Se denomina hematuria a la presenciamiento anormal de hematíes en orina, que puede ser microscópica o macroscópica si es visible a simple vista.

La hematuria macroscópica es un motivo frecuente de consulta en pediatría. La mayoría de las veces, la causa puede intuirse a través de una correcta anamnesis y pruebas complementarias de primer nivel.

En general, las causas más frecuentes son la infección del tracto urinario y la hipercalcemia, pero existen otras etiologías menos frecuentes que también debemos tener en cuenta a la hora de valorar a estos pacientes.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es presentar 7 casos de hematuria macroscópica de etiología infrecuente diagnosticados en nuestro servicio. En todos ellos, el síntoma guía fue la hematuria macroscópica, asociada a otras manifestaciones que ayudaron al diagnóstico definitivo.

Serie de casos:

- Mujer de 11 años con hallazgo de litiasis coraliforme en estudio de dolor lumbar y hematuria. La analítica de orina detecta cristales de cistina y una excreción aumentada de cistina mediante la reacción de Brand. El estudio del cálculo urinario, compuesto por cistina en un 95%, confirma la cistinuria.
- Tres varones de 8, 12 y 12 años, dos de ellos procedentes de Mali y uno de Senegal, diagnosticados de esquistosomiasis vesical. Presentan engrosamiento de la pared vesical en la ecografía abdominal y huevos de schistosoma en la analítica de orina.
- Varón de 5 años y mujer de 7 años, diagnosticados de síndrome del cascanueces en estudio de hematuria asociada a dolor abdominal intermitente e IMC en percentil 10-25. La RMN confirma la sospecha.
- Lactante mujer de 7 meses con hematuria y sensación de disuria. Ecografía vesical con marcado engrosamiento difuso de las paredes vesicales "tipo masa" que sugiere cambios severos de cistitis, eosinofilia > 9% y cistoscopia con mucosa edematosa, moteado hemorrágico y friable. La biopsia confirma el diagnóstico de cistitis eosinofílica.

Conclusiones. En el diagnóstico diferencial de la hematuria macroscópica no debemos olvidar etiologías menos frecuentes como las mencionadas en este trabajo. En pacientes provenientes de áreas endémicas de parasitosis, sobre todo del área rural de África, debemos pensar en esquistosomiasis. Ante litiasis renal importante a edad temprana, pensar en trastornos metabólicos que la hayan podido precipitar. Ante dolor abdominal e IMC bajo, pensar en la posibilidad de síndrome del cascanueces. Y ante hallazgos ecográficos de inflamación asociados a eosinofilia, considerar la cistoscopia y la biopsia como procedimientos a realizar para llegar al diagnóstico.

ABSCEOS FRÍOS ESTAFILOCÓCICOS EN UN NEONATO. S. Prieto Osa, A. Elduayen Vila. J.A. Muñoz. N. Gonzalez Temprano. Hospital Universitario Donostia.

Los abscesos fríos estafilocócicos son una patología con pocos casos descritos en la bibliografía médica. Describimos aquí un caso visto en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Donostia en un neonato de 15 días de vida.

Recién nacido a término con adecuado peso para su edad gestacional, previamente sano, que a los 15 días de vida acude derivado de su pediatra a Urgencias por la aparición de lesiones nodulares eritematosas en ambas axilas y región inguinal izquierda (Fig. 2). Como antecedentes presenta: período perinatal sin complicaciones. No ha viajado al extranjero. Alimentación artificial exclusiva. Los padres únicamente refieren discreta irritabilidad en los últimos 2 días y rinorrea. Las lesiones aparecieron hace 4 días de manera progresiva y afebril en todo momento. A la exploración presenta buen estado general, lesiones nodulares eritematosas confluentes, sugestivas de abscesos en ambas axilas y región inguinal izquierda. No otras lesiones a otros niveles. En Urgencias se extrae analítica sanguínea (bioquímica, hemograma y hemocultivo), se recoge cultivo de las lesiones y se decide ingreso en Cuidados medios de Neonatología para observación bajo tratamiento tópico



Figura 2.

con mupirocina. Durante su estancia presenta parámetros analíticos en rangos de normalidad, hemocultivo contaminado y cultivos de exudado de las lesiones positivos para *S. aureus*. A los 3 días es dada de alta con buena evolución. A los 10 días es revalorado en CCEE de Cirugía Pediátrica, presentando lesiones en remisión.

El diagnóstico final del caso clínico descrito fue de absceso frío estafilocócico neonatal, una patología con escasas referencias en la bibliografía. Tras realizar una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Embase hemos encontrado tres estudios retrospectivos observacionales que asemejan las características de nuestro caso, se describen 17 casos con diagnóstico de absceso frío estafilocócico con buena evolución.

El absceso frío estafilocócico es una patología infecciosa con una evolución benigna. Los abscesos se suelen localizar en la zona inferior de grandes pliegues y los pacientes presentan un buen estado general sin fiebre. La vía de diseminación no es clara. Revisando la literatura hemos visto que los casos generalmente se han beneficiado de un abordaje conservador.

Presentamos el caso para dar a conocer esta patología raramente descrita y poder así identificarla precozmente, evitando tomar medidas invasivas innecesarias.

¡TÓMALE LA TENSIÓN ARTERIAL OTRA VEZ, POR FAVOR! H. Uriarte Gutiérrez, R. Rodríguez Serrano, J. Fernández Aracama, N. García Pérez, A. San Martín Sagarazu, I. Zabalza González. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

El programa de salud infantil (PSI) es uno de los pilares de la pediatría de atención primaria. Se realiza mediante un sistema de visitas periódicas programadas y, entre sus objetivos, están la prevención y promoción de la salud de los/las niños/as, siendo una de sus valoraciones la tensión arterial (TA).

La hipertensión arterial (HTA) se define como la TAS y/o TAD \geq p95 adecuadamente determinada en 3 ocasiones diferentes. La referencia más utilizada proviene de la *US Task Force*. En pediatría suele ser de origen secundario, aunque cada vez se describen más casos de HTA primaria. Tras su identificación, deberán realizarse una anamnesis completa, exploración física y pruebas complementarias pertinentes.

El objetivo de esta comunicación es remarcar la importancia de la toma de la TA en el PSI mediante la presentación de dos casos clínicos derivados a la consulta de Cardiología infantil.

Primer caso: Niño de 6 años, sin antecedentes personales (AP) de interés, padre HTA. Derivado por presentar HTA en la visita de los 6 años, habiéndose comprobado tales cifras en dos determinaciones posteriores. Asintomático. TA en consulta: 159/102 mmHg. Se realiza ecocardiografía sin hallazgos patológicos salvo tabique interventricular levemente engrosado. Se realiza interconsulta a Nefrología infantil solicitando analítica y ecografía doppler renal. Se objetiva aumento de renina aldosterona y hallazgos sugestivos de estenosis de la arteria renal izquierda en la ecografía. Se confirman hallazgos mediante angioTAC. Se inicia tratamiento antihipertensivo realizando angio-

plastia resolutive de la estenosis y pudiendo suspender tratamiento semanas después. Función renal y cardiaca conservadas en el momento actual.

Segundo caso: Niño de 6 años, sin AP ni familiares de interés. Derivado por presentar cifras de tensión elevadas (p95-p99) en tres ocasiones diferentes. Analítica sanguínea normal. Asintomático. TA (extremidad superior) 117/58 mmHg. TA (extremidad inferior) 89/60 mmHg. Se realiza ecocardiografía con hallazgos compatibles de coartación de aorta distal a la arteria subclavia. Se confirma diagnóstico mediante angioTAC, pendiente de intervención.

En conclusión, la determinación de TA es un método sencillo, no invasivo y económico pero crucial para la detección precoz de patologías importantes. La evidencia actual es insuficiente para avalar el beneficio de un cribado de HTA a niños asintomáticos, aun así, tanto las guías europeas/americanas como el PSI de Osakidetza, recomiendan realizar la determinación de TA en niños asintomáticos a partir de los 3 años y en cada revisión posterior, siempre que las cifras sean normales (nivel de evidencia C, fuerza de recomendación moderada).

PIE CAÍDO COMO SÍNTOMA DE UN DEBUT DIABÉTICO. I. Galé Pola, N. Gorriá Redondo, C. de Arriba Villamor, M.A. Ibiricu Yanguas. Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Antecedentes y objetivos. El término 'pie caído' se refiere a la incapacidad de levantar

el antepié por debilidad de los músculos dorsiflexores de la pierna. La causa más común es la mononeuropatía del nervio peroneo por compresión de múltiples etiologías, siendo la pérdida brusca de peso una causa poco frecuente aunque cada vez más documentada, de atrapamiento en el túnel peroneo.

Método. Se presenta el caso de un adolescente que presenta una mononeuropatía del nervio peroneo como resultado de una pérdida brusca de peso en contexto de un debut diabético.

Resultados. Varón de 13 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por imposibilidad de dorsiflexión y eversión del pie derecho e hipoestésias en la cara latero-externa de la pierna y dorso del pie de dos semanas de evolución, que comenzó en forma de torpeza motriz.

Presenta alteración de la fuerza de 0/5 en músculos peroneos, tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor del hallux, anestesia para la sensibilidad táctil fina/gruesa y térmica en zona triangular pretibio-peroneal lateral hasta raíz del 1°-4° dedo y del 5° dedo y marcha con pie en péndulo derecho con reflejos osteo-tendinosos distales ipsilaterales levemente más débiles. No refiere traumatismos, ni sobreesfuerzos o posturas forzadas. En la analítica realizada en el Servicio de Urgencias se detectan niveles de glucosa de 377 mg/dl con cetonemia de 5 mmol/L sin acidosis, por lo que se realiza el diagnóstico de debut diabético y se inicia tratamiento con dieta e insulino-terapia subcutánea. Rehistoriándole, refiere polidipsia, polifagia y pérdida de 20 kg en los últimos dos meses. El estudio neurofisiológico confirma una neuropatía del nervio peroneo común axonal longitud-dependiente. En la RM de rodilla se aprecian leves cambios inflamatorios a nivel del nervio peroneo común en su recorrido posterior a la cabeza del peroné y leve edema del tejido subcutáneo adyacente. En el estudio analítico se detectan niveles bajos de cobalamina (168 ng/L) y folato (3 µg/L). Se realiza suplementación vitamínica oral con vitamina B9/B12 y tras valoración por rehabilitación se pauta fisioterapia y ortesis con férula antequina. En seguimiento y tratamiento multidisciplinar por parte de Endocrinología

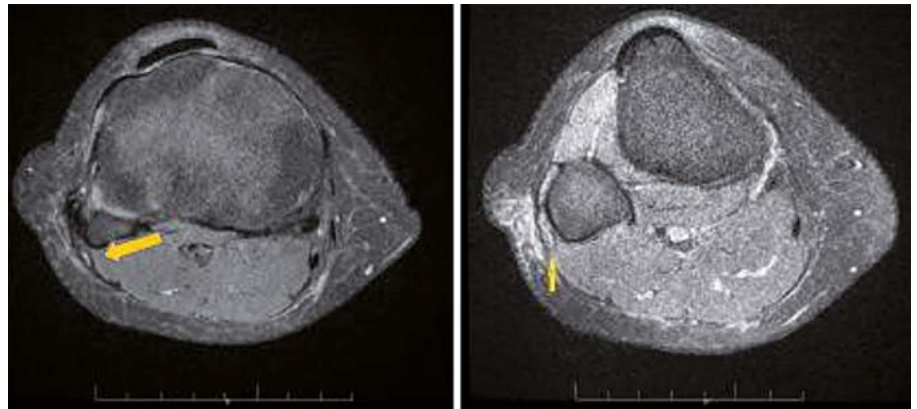


Figura 3. RM: Corte axial a la altura de la cabeza del peroné. La flecha amarilla corresponde al nervio ciático-poplíteo externo con leve hiperseñal por edema del tejido graso circundante. Se aprecia engrosamiento y alargamiento del nervio.

infantil, Rehabilitación y Neurología Infantil se observa mejoría progresiva con normalización clínica a los 3-4 meses.

Conclusiones. La pérdida brusca de peso es una causa poco descrita de compresión del nervio peroneo común. Es importante su sospecha mediante una adecuada anamnesis y exploración física para un diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento suele ser conservador por medio de ortesis y fisioterapia.

En los casos en los que la neuropatía se asocia a una pérdida rápida de peso la recuperación es lenta pero progresiva mediante la recuperación de peso y la suplementación vitamínica, sin necesidad de descompresión quirúrgica. (Fig. 3).

MI HIJA SE CAE. **M.A. Sánchez Durán, P. Bello Aranda, U. Izpura Bueno, E. Rupérez García, R. Bernadó Fonz, V. Gallegos Constantino.** Hospital Universitario de Donosti.

Antecedentes y objetivos. Lactante de 16 meses que acude a Urgencias por alteración de la deambulación y ataxia de menos de 24 horas de evolución. Sin antecedentes de interés salvo episodio de otitis media aguda (OMA) tratada con antibioterapia hace 3 semanas. Exploración física: TA en p95, buen estado general, otoscopia con ambos tímpanos abombados e hiperémicos y rechazo de la deambulación. En

sedestación, caída de la cabeza hacia atrás. Resto de exploración neurológica normal.

El objetivo de esta comunicación es presentar una causa poco frecuente de ataxia en la infancia, así como describir el manejo y tratamiento óptimo de la misma.

Métodos. Se lleva a cabo una revisión de la historia clínica del paciente a través del programa informático "Historia Clínica".

Resultados. Teniendo en cuenta el caso clínico, se plantea el diagnóstico diferencial entre causas infecciosas, neoplásicas o intoxicación, principalmente. Tras la exploración, se cursa análisis de orina con tóxicos negativos, analítica urgente (hemograma, bioquímica y hemocultivo) que muestra leucocitosis con neutrofilia, PCR 120 y TAC craneal que presenta otomastoiditis bilateral, sin hallazgos patológicos a nivel intracraneal.

Fue valorada por Otorrinolaringología, que colocó drenajes transtimpánicos bilaterales y se inició tratamiento con antibioterapia y corticoide intravenosos. Presentó una evolución clínica favorable con resolución de la sintomatología después de 5 días de ingreso hospitalario.

La laberintitis se define como la inflamación del oído interno en el contexto de un proceso infeccioso del oído medio. Clínicamente cursa con afectación coclear y vestibular en distinto grado, pudiendo producir hipoacusia, acúfenos y vértigo con sensación de inestabilidad. El diagnóstico se basa en la clínica y pruebas de imagen.

La antibioterapia intravenosa, los corticoides y los sedantes vestibulares son los pilares del tratamiento, debiendo asociarse timpanocentesis con colocación de drenajes en caso de otitis media subyacente.

Conclusiones:

- La laberintitis es una complicación infrecuente de la otitis media, con buen pronóstico a corto-medio plazo a través de un manejo médico-quirúrgico.
- Conocer las diferentes patologías causales de la ataxia aguda conducirá a una adecuada aproximación diagnóstica y la petición de pruebas complementarias pertinentes.