

XIV Memorial Profesor Juan Rodríguez Soriano

*Juan Rodríguez Sorianoren
XIV Memoriala*

10 de abril de 2025

Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa,
Donostia-San Sebastián

A PROPÓSITO DE DOS CASOS: LACTANTES CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA Y ANEMIA MEGALOBLÁSTICA GRAVE SECUNDARIAS A DÉFICIT DE VITAMINA B12. **I. Linaza Gamboa, J. Del Arco Rodríguez, E. Pérez Estévez, M. Ortega del Río, A. Zugazabeitia Irazabal, Z. Ortiz de Zarate.** *Hospitalización de Pediatría. Hospital Universitario Cruces.*

Introducción. El déficit de vitamina B12 en lactantes es un cuadro grave que se manifiesta con alteraciones hematológicas (anemia macrocítica), retraso ponderoestatural, rechazo de la alimentación y alteraciones neurológicas, que de no recibir una suplementación adecuada pueden ser irreversibles. La causa más frecuente es un déficit materno, de origen dietético (dietas veganas) o malabsortivo (anemia perniciosa).

Objetivo. Revisar la evolución y el manejo de dos pacientes con anemia megaloblástica con afectación neurológica grave e incluir dicha patología en el diagnóstico diferencial del estancamiento ponderoestatural y retraso psicomotor moderado-grave.

Casos clínicos. Descripción de dos casos clínicos ingresados en planta de hospitalización de un hospital terciario entre 2021-2025; con clínica y alteraciones analíticas características de anemia megaloblástica. Ambos recibieron tratamiento parenteral inicial con cobalamina, con buena respuesta clínica y analítica, en seguimiento para valoración de secuelas neurológicas. Se completó estudio etiológico para determinar la causa subyacente, siendo la causa en ambos un déficit materno, pero de diferente etiología.

Conclusiones. El reconocimiento precoz y previo a los 12 meses de edad, es de vital importancia por ser una causa tratable y reversible, evitando un deterioro neurológico significativo. Una vez establecida la atrofia cortical, puede evolucionar a discapacidad intelectual en el futuro. Es prioritario el seguimiento a largo plazo para determinar el alcance de las secuelas neurológicas.

ICTUS PEDIÁTRICO: RETO DIAGNÓSTICO. **S. García de Eulate Urdapilleta, E. Jauregi Benito, J. Muñoz Cadiñanos, G. Victoria Cocuz, A.**

Díez Pérez. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba.*

Introducción y objetivos. El ictus es una entidad infrecuente en pediatría, con elevada morbi-mortalidad y riesgo de recurrencia. Dado que en ciertos grupos de edad la clínica es inespecífica, es importante sospecharlo para evitar el retraso diagnóstico. El objetivo es presentar tres casos de ictus pediátricos diagnosticados en los últimos 6 meses en nuestro hospital, con el propósito de mejorar la actuación para minimizar el daño cerebral.

Resumen de casos. Caso 1. Niño de 5 años, con hipertensión arterial por displasia fibromuscular de ambas arterias renales. Consulta por episodio de dificultad para movilizar el brazo derecho con lenguaje incoherente de 15 minutos. En la exploración destaca bradipsiquia y debilidad del brazo derecho. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) con angiografía, anodino. Se completa estudio con RMN cerebral, observándose infarto de 3,6 mm del centro semioval izquierdo. Se revisa angioTAC, con hallazgos sugestivos de displasia fibromuscular de arteria carótida interna izquierda. Resolución completa de la clínica en las primeras horas. Se inicia antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Caso 2. Lactante de 7 meses que acude por traumatismo craneoencefálico tras caída de menos de 1 metro de altura, sin datos de alarma. En la exploración destaca irritabilidad, hemiparesia derecha y parálisis facial central derecha. Realiza episodio autolimitado de clonias de la mano ipsilateral. Se realiza TAC, evidenciando un ictus isquémico frontal izquierdo. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. El estudio etiológico es normal. Se inicia tratamiento antiagregante con AAS. Secuela de leve hemiparesia del brazo derecho.

Caso 3. Niño de 4 años que consulta por dos episodios de desconexión del medio con movimientos oculares horizontorrotatorios lentos y rigidez de escasos minutos de duración. A su llegada, realiza nuevo episodio de crisis focal afebril, que cede con diazepam. Se realiza angioTAC, con sospecha de infarto agudo parieto-temporal izquierdo. Se inicia tratamiento con levetiracetam y AAS. Se com-

pleta estudio con RMN cerebral objetivándose trombosis venosa cerebral izquierda extensa. Se sustituye AAS por heparina de bajo peso molecular. El paciente no repite crisis y se encuentra asintomático.

Conclusiones y comentarios. Ante la aparición brusca y mantenida de un déficit neurológico en un niño, debemos de sospechar un ictus y actuar rápidamente para mejorar el pronóstico. Se debe de realizar un estudio etiológico, incluyendo autoinmunidad, despistaje infeccioso, factores de hipercoagulabilidad, estudio cardiológico y ecografía Doppler de carótidas y vasos cérico-craneales.

UNA FORMA DE PRESENTACIÓN RARA DE LA PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO: PROLAPSO INTESTINAL. **A. Muñiz Castellanos, R.I. Lizarraga Rodríguez, A. Galbarriatu Gutiérrez, J.L. Blanco Bruned.** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces.*

Antecedentes y objetivos. Las anomalías asociadas a la persistencia del conducto onfalomesentérico (PCOM) son poco frecuentes (2%) y causadas por una involución incompleta del mismo. Existen varios tipos: persistencia completa del conducto onfalomesentérico (COM), divertículo de Meckel, pólipo umbilical, quiste de COM y cordón fibroso. Aproximadamente el 40% de los niños que padecen estas anomalías serán sintomáticos, con formas de presentación como la secreción umbilical, expulsión de heces o gases a través del ombligo, obstrucción intestinal por bandas fibrosas y rectorragia (en caso de divertículo de Meckel). Una forma de presentación muy poco frecuente es el prolapso intestinal a través del orificio umbilical.

Método. Exposición de un caso clínico y su iconografía.

Resultados. Nuestro caso trata sobre un recién nacido postérmino con un síndrome de aspiración meconial que precisó soporte respiratorio tras el nacimiento e ingreso en UCIN. A los 20 días de vida, se objetivó salida de contenido fecal y expulsión de gases a través del ombligo. Es diagnosticado de PCOM, tomando en ese momento una actitud

expectante en espera de mejoría respiratoria. A los pocos días, comenzó a prolapsarse un asa intestinal a través del orificio umbilical, y, en contexto de llanto intenso, el prolapso aumentó hasta una longitud de 8 cm. Se realizó un intento de reducción manual bajo sedoanalgesia sin éxito, por lo que se decidió cirugía urgente. A través de una laparotomía media supra-infraumbilical se visualizaron las asas intestinales prolapsadas a través del COM por el orificio umbilical, reduciéndolas. Se identificó el COM permeable a 20 cm de válvula ileocecal, seccionándolo y cerrándolo. Debido al sufrimiento de las asas intestinales prolapsadas, se llevó a cabo una resección intestinal y anastomosis termino-terminal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, recibiendo nutrición parenteral durante 6 días y reiniciando alimentación enteral por sonda nasogástrica al quinto día postoperatorio. Se aumentaron progresivamente las tomas, con buena tolerancia posterior. Fue dado de alta tras 43 días de ingreso, debido a las necesidades de soporte respiratorio que presentaba.

Conclusiones. La PCOM es una entidad poco frecuente, siendo su presentación en forma de prolapso intestinal aún más rara. No debemos subestimar esta patología ya que su diagnóstico tardío puede provocar serias complicaciones como la necrosis intestinal

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN TRAUMATISMOS PANCREÁTICOS DE ALTO GRADO. **A. Muñiz Castellanos, L. Álvarez Martínez, E. Ruiz Aja, L. Medrano Méndez, A. Galbarriatu Gutiérrez, J.L. Blanco Bruned.** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces.*

Antecedentes y objetivos. Las lesiones pancreáticas secundarias a traumatismo abdominal son infrecuentes en la edad pediátrica. Existe controversia sobre si el tratamiento debería ser siempre quirúrgico o se podría optar por un tratamiento conservador en las lesiones pancreáticas que afectan al conducto pancreático principal.

Método. Exposición de dos casos clínicos de traumatismo pancreático tratado de forma conservadora.

Resultados. Caso 1. Niña de 10 años que acude por traumatismo abdominal al caerse del caballo. Permanece hemodinámicamente estable por lo que se realiza TAC que objetiva laceraciones esplénicas grado II-III, renales grado III y laceración transfixiva de la cola pancreática no pudiéndose visualizar el conducto pancreático principal (grado III). Se decide manejo conservador con dieta absoluta, sonda nasogástrica, nutrición parenteral y analgesia con buena evolución necesitando únicamente drenaje ecoguiado de colección peripancreática (día drenaje colección). Es dada de alta tras 19 días de ingreso, sin incidencias y con prueba de imagen posterior normalizada.

Caso 2. Niño de 8 años que sufre traumatismo abdominal con manillar de bicicleta en campamentos saharauis. En TAC objetivan sección completa del cuerpo del páncreas y pseudoquiste pancreático, que se trata de forma conservadora en país de origen. Es trasladado dos meses después a nuestro centro por persistencia de gran pseudoquiste pancreático realizándose quistogastrostomía endoscópica sin incidencias, pudiendo retirarse la prótesis a las dos semanas de forma ambulatoria. No presenta complicaciones posteriores.

Conclusiones. Ante traumatismos pancreáticos de alto grado con lesión ductal, recomendamos valorar una actitud conservadora en pacientes estables debido a la alta morbilidad de estas cirugías pudiendo complementar este manejo con técnicas de drenaje mínimamente invasivas.

MEGAPREPUCIO CONGÉNITO. LA BATALLA POR LA MICCIÓN. **M. Abeijón Vila, N. García Pérez, A. Rodríguez Ortiz, A. Galbarriatu Gutiérrez, M. González Mentxakatorre, I. Piñeiro Novoa.** *Hospital Universitario Basurto.*

Introducción. El megaprepucio congénito (MPC), o pseudovejiga prepucial (PVP), es una entidad urológica infantil infrecuente, de causa desconocida, debida probablemente a una combinación de factores genéticos y de desarrollo, descrita por O'Brien en 1994. Se caracteriza por la formación de un abultamiento ventral peneano durante la micción.

Su diagnóstico diferencial principal incluye la fimosis y el pene enterrado. Dada la posibilidad de complicaciones infecciosas y obstructivas, el diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de 5 casos de MPC. Se analizaron: edad al diagnóstico, motivo de consulta, antecedentes relevantes, complicaciones y tratamiento.

Resultados. La edad media al diagnóstico fue de 8 meses (de los 3 a los 12 meses). En todos los casos, el motivo de consulta fue la observación de un abultamiento ventral significativo y la micción por compresión peneana (en 4 ocasiones observado por los padres y 1 por el pediatra en una revisión de salud). 1 paciente estaba en seguimiento en consultas por dilatación del tracto urinario (DTU) y presentó 1 infección de orina febril. El resto no presentaban antecedentes de interés ni complicaciones. La cirugía correctora, plastia de Cuckow, se realizó en todos los pacientes antes del año de vida. Un caso presentó dehiscencia de la herida en la cara ventral, con resolución satisfactoria posterior.

Conclusiones. El MPC es una patología poco común, de diagnóstico clínico. Puede generar complicaciones obstructivas (a corto y a largo plazo) e infecciosas. Es crucial que los pediatras reconozcan esta entidad para un diagnóstico preciso, tranquilizar a los padres y evitar pruebas innecesarias. El tratamiento es quirúrgico, con excelente pronóstico a largo plazo.

INMIGRACIÓN Y REAGRUPACIÓN FAMILIAR. CONSECUENCIAS SOCIO-SANITARIAS. **R. Casquete Sánchez¹, A. Bandrés Olaizola¹, J. Gutiérrez Marrodan¹, L. Gundín Leiza¹, P. Gorrotxategi², T. Pérez-Rubio Villalobos³.**
¹MIR Pediatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. ²Pediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasajes. Guipúzcoa. ³Enfermera. CS Pasaia San Pedro. Pasajes. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos. Un alto porcentaje de niños migrantes latinoamericanos que llegan a nuestra comunidad lo hacen en contexto

de reagrupación familiar. A pesar de que las familias vuelven a estar juntas, muchas veces este proceso está lleno de dificultades tanto para los niños como para las familias; el papel de los pediatras de atención primaria es clave, y pasa por conocer cómo abordarlas. El objetivo de este estudio es identificar y analizar las consecuencias de la migración y reagrupación mediante la revisión de los casos atendidos en un centro de atención primaria.

Métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de los niños extranjeros reagrupados en el periodo entre marzo de 2023 y marzo de 2024 en un centro de salud. Se ha valorado la procedencia de los pacientes y los problemas de adaptación tras su llegada.

Resultados. Durante el periodo estudiado se han acogido en el municipio 13 niños por reagrupación familiar: 7 mujeres y 6 hombres, de edades comprendidas entre 3 y 15 años (mediana 11,5; [9-13]). El 77% provenían de Honduras y el 23% de Nicaragua. En todos los casos la persona que vive en España es la madre, desde 5 años antes de la reagrupación, de media. El padre, en todos los casos estudiados, permanece en el país de origen y en el 77% de los casos vinieron varios hermanos a la vez. En dos casos se refiere la existencia de maltrato en el país de procedencia, y en el 30% de niños no se ha documentado escolarización previa. El 46% han tenido problemas de adaptación graves (fundamentalmente en relación a escolarización (3) o desarraigo) y uno de ellos ha tenido que ser valorado por Psiquiatría Infantil por trastorno de comunicación social y ansiedad. En cuanto a la situación de habitabilidad, el 80% de los casos conocidos comparten piso con una o más familias.

Comentarios. El proceso de adaptación de los niños migrantes reagrupados enfrenta obstáculos y puede conllevar problemas psiquiátricos. En nuestra cohorte, el 46% de casos ha tenido problemas de adaptación graves, relacionadas con la escolarización y con trastornos adaptativos, sumados al desarraigo y la convivencia tras años de separación familiar. El papel del pediatra de atención primaria es fundamental para favorecer la acogida, escolarización e inclusión social de los niños

migrantes, siendo necesaria la comunicación con los servicios sociales de base y sus centros escolares.

ENCEFALITIS RECURRENTE CON AFECTACIÓN EXTENSA EN NEUROIMAGEN: REPORTE DE UN CASO. **E. García Gordoa¹, C. Ruiz Espinoza², I. Rodríguez Albarrán³, B. de Abiega Rebate¹.**
¹Pediatría y áreas específicas. Hospital Universitario Basurto. ²Pediatría y áreas específicas. Sección de Neuropediatría. Hospital Universitario Basurto. ³Pediatría y áreas específicas. Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.

Introducción. Las encefalitis virales pueden desencadenar respuestas inflamatorias prolongadas, generando cuadros recurrentes de disfunción neurológica. La afectación talámica y troncoencefálica sugiere mecanismos inmunomediados en ciertos casos, pero la diferenciación entre encefalitis infecciosa y post-infecciosa sigue siendo un reto clínico.

Caso clínico. Niña de 6 años y 9 meses que presenta cuadro de encefalitis (estatus convulsivo, alteración del nivel de conciencia, y febrícula). Pruebas realizadas: punción lumbar sin datos de pleocitosis ni hallazgos microbiológicos (PCR y cultivos de líquido cefalorraquídeo (LCR) negativos). Se aísla *Influenza A* en nasofaringe. Trazado EEG enlentecido y resonancia magnética (RM) cerebral muestra afectación talámica bilateral, temporomesial y troncoencefálica. Recibe corticoides con mejoría clínica y del trazado electroencefalográfico. A las tres semanas, presenta recaída con el mismo cuadro clínico. Se repite RM, que muestra persistencia de lesiones sin captación de contraste ni restricción en difusión, con hipoperfusión temporal derecha. Se aísla Adenovirus y Coronavirus estacional en nasofaringe, pero nuevamente con LCR sin datos de pleocitosis ni hallazgos microbiológicos. Estudio de inmunidad pendiente.

Discusión. El cuadro clínico y la evolución sugieren una posible encefalitis post-infecciosa o inmunomediada desencadenada por infecciones virales respiratorias. La afectación bilateral de tálamos y tronco-encéfalo es compatible con encefalitis post-Influenza, un cuadro

poco frecuente pero descrito en la literatura. Sin embargo, la falta de alteraciones en LCR refuerza la hipótesis de una respuesta inflamatoria sistémica en lugar de una encefalitis viral activa. El beneficio con corticoides sugiere un posible mecanismo inmunomediado, y la recaída podría indicar la necesidad de estrategias inmunomoduladoras más prolongadas.

Conclusión. La encefalitis por *Influenza* puede presentar un amplio espectro de afectación neurológica, desde formas leves inespecíficas hasta encefalitis necrotizante o encefalitis post-infecciosa autoinmune. La afectación tálamo-troncoencefálica y temporal bilateral es compatible con las formas descritas en la literatura, pero la evolución sugiere un mecanismo inflamatorio más que infeccioso activo. Este caso destaca la importancia de diferenciar entre encefalitis viral aguda y encefalitis post-infecciosa o autoinmune. La afectación extensa en neuroimagen sin pleocitosis en LCR debe hacer considerar encefalitis post-infecciosa/inmunomediada, lo que puede modificar el abordaje terapéutico.

ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA (RIME) COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA PNEUMONIAE*. **M. Ibarzabal Arregi, L. Ugarte Mugarza, M. Gimeno Castillo, M. Paniagua García, A. Sampedro Murguiondo, E. Gembero Esarte.** Servicio de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Universitario de Navarra.

Introducción y objetivo. La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) es una reacción adversa grave tras una infección respiratoria bacteriana o viral, siendo más frecuente por *Mycoplasma pneumoniae*. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de RIME causado por un agente infrecuente.

Resumen del caso. Paciente de 10 años que acude a Urgencias con afectación mucocutánea, principalmente bucal que impide la ingesta de alimentos (Fig. 1), además de inyección conjuntival bilateral y lesiones genitales; asocia un cuadro respiratorio. Ante la sospecha de RIME, se solicita radiografía de tórax que muestra infiltrados perihiliares



Figura 1. Afectación mucocutánea.

bilaterales, analítica sanguínea con elevación de reactantes de fase aguda, PCR y serologías de bacterias atípicas, y PCR de herpes en lesión labial. Ingresa en planta, y recibe tratamiento con azitromicina oral, ceftriaxona intravenosa, corticoterapia sistémica y analgesia. Como tratamientos locales, recibe enjuagues bucales de nistatina, colutorio bioadhesivo, vaselina y mupirocina; eritromicina pomada oftálmica, lágrimas artificiales, corticoide y aciclovir tópico; ácido fusídico y betametasona en lesiones genitales y lubricante en glándula. En la muestra nasofaríngea se objetiva PCR positiva para *Chlamydia pneumoniae* (negativa para *Mycoplasma pneumoniae*), además de serología IgM e IgG positiva para *Chlamydia*. Permanece ingresado durante 13 días, con evolución favorable y resolución completa del cuadro.

Conclusiones. La RIME se caracteriza por mucositis grave y lesiones cutáneas generalmente escasas, afectando principalmente a niños y adolescentes. La mayoría experimentan un pródromo de tos, malestar general y fiebre previo al cuadro. El pronóstico es favorable. Aunque *Mycoplasma pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente, también se han publicado casos por *Chlamydia pneumoniae*, metapneumovirus, rinovirus, enterovirus, adenovirus y SARS-CoV-2, entre otros. La afectación mucosa es frecuente, siendo la oral casi universal, con formación de costras hemorrágicas en los labios y erosiones en lengua y

mucosa bucal; seguida por afectación ocular (conjuntivitis purulenta bilateral) y genital. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se recomienda realizar analítica sanguínea, radiografía de tórax, PCR frotis nasofaríngeo/orofaríngeo y serologías de bacterias atípicas, PCR de virus respiratorios y herpes simple. La realización de biopsia cutánea es excepcional. El diagnóstico diferencial incluye eritema multiforme mayor, síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET), gingivostomatitis herpética, etc. El tratamiento se basa en medidas de soporte (analgesia, dieta líquida y/o fluidoterapia, tratamientos tópicos) y antibioterapia dirigida. Si presentan afectación extensa, se plantean corticoides sistémicos. Se ha propuesto el tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, ciclosporina o inhibidores del TNF- α en los casos más graves.

EXPERIENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA PEDIÁTRICA EN UN CENTRO TERCIARIO A CUATRO NIÑOS EVACUADOS VÍCTIMAS DE LA GUERRA EN GAZA. **J. Gutiérrez Marrocan, M.V. Díaz Fernández, C. Calvo Monge, M. Satrustegi Aritzituri, A. Calvo Fernández, E. Oñate Vergara.** ¹MIR Pediatría; ²Pediatra. Hospital Universitario Donostia.

Introducción y objetivos. En octubre de 2023 comenzó la guerra en Gaza. La Organización de las Naciones Unidas declara que desde entonces más de 16.756 niños han muerto, al menos un millón han sido desplazados, 21.000 dados por desaparecidos, 20.000 han perdido a uno o ambos progenitores y 17.000 se encuentran solos o separados de sus familias. El Ministerio de Sanidad llegó a un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud para la atención sanitaria en España a 14 pacientes pediátricos gazatíes víctimas de guerra, desplazados en Egipto. Realizamos esta comunicación con el objetivo de compartir la experiencia de nuestro centro atendiendo a 4 de estos pacientes evacuados.

Métodos. A tal fin se elaboró un protocolo de actuación recogiendo el flujo de trabajo, los controles de salud y las principales indicaciones en caso de malnutrición o infecciones.

La información clínica previa era escasa. Nos coordinamos con la ONG que realizó la acogida de los pacientes y sus familiares acompañantes, dos trabajadores sociales y dos traductoras. Se atendió a los pacientes en Urgencias de Pediatría, realizando: exploración física completa, somatometría, recogida de cultivos para gérmenes multirresistentes y analítica sanguínea con bioquímica, hemograma, perfil nutricional, serologías (VHB, VHC, VHA, VIH), cuantificación y situación vacunal (rubeola, sarampión y tétanos). Identificadas las patologías se contactó con las diferentes especialidades: Cardiología Pediátrica, Cirugía Infantil, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial y Oftalmología. Posteriormente se atendió al resto de menores (hermanos acompañantes), con exploración física, somatometría y analítica sanguínea.

Resultados. Una de las pacientes (14 años) padecía una cardiopatía congénita (anomalía de Ebstein intervenida) descompensada. Los otros tres (11, 11 y 8 años) eran pacientes con lesiones causadas por bombardeos, intervenidas de urgencia en Gaza y algunas reintervenidas en Egipto. Entre las lesiones destacaban: enucleación ocular con ptosis, fractura mandibular con micrognatia y fístula urinaria tras reconstrucción abdominal multivisceral con esplenectomía. Se coordinó el manejo ambulatorio desde un punto de vista multidisciplinar, con pruebas complementarias, atención especializada y planificación quirúrgica. El estado nutricional de los pacientes era bueno, con déficits aislados de hierro y vitamina D que iniciaron suplementación. Respecto al estado vacunal también era bueno; destaca la adaptación vacunal a la paciente esplenectomizada y la colonización por SARM. Resaltar que todos los pacientes presentaban cambios comportamentales y se proporcionó apoyo psicológico.

Conclusiones. La atención brindada ha sido integral y coordinada, representando un desafío en los ámbitos médico, logístico y emocional. Es importante destacar los factores psicosociales involucrados, incluyendo su condición de víctimas de guerra, la barrera lingüística y cultural, así como el impacto emocional de sus experiencias previas y la relación directa entre el conflicto y el origen de sus patologías.

LA ALERGIA OCULTA EN EL PLATO: EXPLORANDO EL SÍNDROME ALFA-GAL. **M. González Mentxakatorre, M. Abad Cobo, C. González Díaz, I. Hernández Morrás, M. Abeijón Vila, S. Rey Grimón.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción y objetivos. Alfa-gal es un oligosacárido expresado en glicoproteínas y glicolípidos de mamíferos no primates. También se localiza en la porción Fab del cetuximab o medicamentos que contienen gelatina. Se trata de un tipo específico de alergia a la carne roja que se desencadena tras la picadura de una garrapata y posterior sensibilización a la galactosa-alfa-1,3 (alfa-gal). Debido a las características peculiares de este alérgeno, su alergia presenta una clínica muy variable, desde una simple urticaria, hasta sintomatología más grave como angioedema o anafilaxia. Además, es de carácter impredecible, pudiendo dar reacciones más tardías de lo habitual (hasta 3-8 horas tras exposición al desencadenante) y presentando clínica diferente tras la ingesta de un mismo alimento en momentos diferentes. Aunque su prevalencia global es desconocida, se estima que el número de casos sospechosos ha aumentado significativamente en los últimos años. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de alfa-gal y dar a conocer sus características propias.

Caso clínico. Niño de 12 años nacido en El Salvador que reside en Bilbao desde los 11 años. Correctamente vacunado. Refiere alergia a carnes rojas y cerdo "desde siempre", presentando urticaria generalizada tras su ingesta. Aparición a los 60 minutos y desaparición de la clínica en las siguientes 24 horas. No clínica respiratoria ni digestiva. Tolerancia pollo, pavo y derivados lácteos. Se realiza prueba cutánea con resultado negativo y analítica sanguínea objetivándose anticuerpos de tipo IgE contra galactosa-alfa-1,3. Dadas las características clínicas y resultados analíticos del paciente es diagnosticado de síndrome alfa-gal. En el momento actual el niño realiza una dieta exenta de carnes rojas y mamíferos y se realizan controles anuales en consultas de Alergología Infantil.

Comentario. A pesar de ser una patología poco frecuente, su prevalencia está en ascen-

so por lo que es importante considerarla en pacientes con reacciones alérgicas asociadas al consumo de carnes rojas. Además, el síndrome alfa-gal es una entidad peculiar e impredecible que precisa un alto índice de sospecha por sus características clínicas y fisiopatológicas propias. Por último, dado que el factor desencadenante es la sensibilización por picadura de garrapata, se debe tener en cuenta de cara a su prevención.

LARVA MIGRANS CUTÁNEA: LA ZOONOSIS OLVIDADA EN PAÍSES DESARROLLADOS. **C. Pello Menéndez, C. Undabeitia Fernández, E. Oñate Vergara.** *Servicio de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.*

Introducción. La infección por *larva migrans* cutánea (LMC) es una parasitosis aguda de la epidermis por anquilostomas provenientes de arena o suelo contaminado con heces de animales. Es típica de climas tropicales y más frecuente en comunidades marginales; su incidencia ha aumentado en nuestro medio debido al incremento en turismo y movimientos migratorios de estas zonas endémicas. La clínica típica es un tracto eritematoso serpiginoso en la piel que se corresponde con el avance del parásito, y que puede ser pruriginoso o no. En muchas ocasiones se etiqueta erróneamente de micosis o dermatosis presuponiendo que la carga total de enfermedad está infraestimada y de ahí la importancia de su conocimiento.

Resumen de casos. Se describen 3 casos con diagnóstico de LMC atendidos en la Urgencia de Pediatría de nuestro hospital en el transcurso de 5 meses. Al examen físico todos presentaban una erupción serpiginosa indurada y pruriginosa en distintas localizaciones.

Comentario y conclusión. El diagnóstico de LMC es clínico y resulta simple pues se trata de una de las dermatosis con patrón mejor definido. Las complicaciones descritas son sobreinfecciones bacterianas, reacciones alérgicas y muy rara vez, la migración del parásito a órganos internos. Es una enfermedad autolimitada, pero un tratamiento antihelmíntico eficaz puede disminuir los síntomas

y acortar su duración, por lo que es importante su reconocimiento para un diagnóstico precoz. LMC es una zoonosis infraestimada e infradiagnosticada. La sensibilización de los facultativos, los estudios observacionales y el desarrollo de guías de tratamiento pediátricas son pasos esenciales para abordar este problema de salud pública. La prevención a través de promover la higiene y el uso de calzado adecuado es otro punto clave para frenar el aumento de incidencia observado.

QUEMADURA COMPLEJA. ESTAMOS PREPARADOS. L. Iturbe Alday¹, B. Pacho del Castaño².

¹Enfermera pediatría. C.S. Eskoriaza. ²Pediatra. OSI Alto Deba.

Introducción. Se presenta la evolución, la valoración integral y el seguimiento de un niño de 15 meses, sufrió un accidente no voluntario y una quemadura de 3^{er}-4^o grado.

Caso clínico. Un paciente de 15 meses, jugando en domicilio, sufre una quemadura con la plancha en la mano derecha. Es valorado en urgencias donde se realiza una primera cura y seguimiento con la enfermera pediátrica de su centro de salud. A su llegada a las 24 horas al centro de salud, la primera valoración es que está estable, sin dolor. Tiene una quemadura de mal aspecto en mano derecha, de 8 cm, con flictena que cubre todo el dorso de la mano, bordes irregulares, no llega a articulación de muñeca. Catalogada de 3^{er} grado. Puede movilizar los dedos, pero no nota la presión de la gasa. La familia nos cuenta preocupada cómo sufrió la quemadura, la forma accidental. El niño fue bien atendido por la familia, conocida y de confianza, es un niño bien vacunado, que acude a las revisiones, y no nos preocupa desde el punto de vista social que haya una desprotección. Se realiza primera cura, siguiendo indicaciones de la pauta de urgencias con silvederma. Posteriormente se realiza desbridamiento de la ampolla, observando un tejido blanquecino en el lecho, sin vascularización. Las curas no precisan analgesia porque no tiene dolor, ni nota la presión. Impresiona de ser una quemadura de tercer o incluso cuarto grado. Sin embargo,

la evolución es tórpida, continúa sin sensibilidad en la zona, ni se aprecia vascularización. Se asocia antibiótico de amplio espectro por el grado de la quemadura y enrojecimiento en bordes. Se modifica el tratamiento establecido y se comienza con aquacel plata más tegaderm, cada 3 o 4 días según estado del apósito. La mejoría es franca desde la primera cura, con desbridamiento gradual del tejido blanquecino. A la segunda cura prácticamente todo el lecho está con tejido de granulación, con tendencia al sangrado. Se observa que ahora las curas son dolorosas. A partir de entonces se debe asociar tratamiento analgésico en domicilio y las curas se realizan con fentanilo intranasal en 3 ocasiones. Continúa movilizándolo de forma activa, recupera la vascularización, el color y la recuperación es total. Precisa un total de 9 curas hasta la práctica resolución.

Comentario. Las heridas por quemadura, es un accidente no intencionado común, sin un protocolo de actuación fijo. El seguimiento y la coordinación con los distintos profesionales y la familia es clave para una buena resolución.

RAQUITISMO CALCIOPÉNICO NUTRICIONAL: EVALUACIÓN Y MANEJO DE DOS CASOS. G.V. Cocuz, S. García de Eulate Urdapilleta, A. García Oller, I. Llaguno Lopez, I. Colina Alejandre, J. Muñoz Cadiñanos. Hospital Universitario de Araba. Servicio de Pediatría.

Introducción y objetivo. El raquitismo es un trastorno generalizado del metabolismo óseo que afecta la osificación endocondral. Etiopatogénicamente se debe a un aporte insuficiente de calcio y/o fosfato pudiendo ser de causa nutricional o hereditaria. Consecuentemente hay un aumento del remodelado óseo dando lugar a un ensanchamiento palpable de las extremidades de los huesos largos y de las costillas y una pérdida de rigidez de los huesos además de otras alteraciones extraesqueléticas. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de pacientes diagnosticados con raquitismo para incidir en la importancia de la prevención primaria, diagnóstico y un adecuado manejo posterior.

Casos clínicos. Caso 1. El primero es un niño de 4 años en seguimiento por retraso del lenguaje. En un análisis de control, se detectaron niveles de calcio en el límite bajo de la normalidad (8,5 mg/dL) e hipovitaminosis D (4 ng/mL), junto con elevación de la fosfatasa alcalina (1299 U/L) y PTH (492 pg/mL). La anamnesis revela una dieta restrictiva a base de carbohidratos. En la exploración física presenta genu valgo y ensanchamiento de muñecas. La radiografía muestra un score de severidad de raquitismo de 9/10. Se inicia tratamiento con vitamina D, calcio y dieta suplementaria, con buena evolución posterior.

Caso 2. El segundo caso es una niña de 9 meses sin antecedentes relevantes, excepto por escasa adherencia al tratamiento con vitamina D. Acude a urgencias por una convulsión afebril y es ingresada. En las pruebas se detectan niveles bajos de calcio (5 mg/dL) y vitamina D (4 ng/mL), con elevación de PTH (329 pg/mL). La ecografía craneal y electroencefalograma no muestran hallazgos. Las imágenes óseas revelan raquitismo severo con un score de 9,5/10. Ante sospecha de convulsiones secundarias a hipocalcemia, se comienza tratamiento intravenoso con gluconato cálcico y antiepiléptico, pasando a tratamiento oral al sexto día. No realiza nuevas convulsiones. Un mes después, se observa mejoría en los parámetros analíticos y se suspende el tratamiento antiepiléptico.

Conclusiones. El raquitismo es un trastorno del metabolismo óseo, que en casos severos puede acarrear importantes síntomas a otros niveles, como neurológicos, por lo que su detección precoz y el tratamiento y seguimiento a largo plazo son cruciales. También se debe poner hincapié en las estrategias de prevención, asegurando los aportes adecuados de vitamina D, calcio, y una dieta equilibrada, especialmente en regiones con poca exposición al sol o en poblaciones de riesgo.

REVISIÓN DE CASOS DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI-MOG EN NUESTRO MEDIO. S. Bernabé Romero, M. San Sebastián Gorostidi, O. Martínez-Múgica Barbosa, B. Laña Ruiz, E. Espinosa Ros, L. Sánchez

Pérez, M. Gutiérrez Larrañaga, M.I. Martí Carrera. *Servicio Pediatría. Hospital Universitario Donostia.*

Introducción y objetivos. La enfermedad asociada a anticuerpos contra la mielina oligodendrocitaria (MOGAD) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) descrita recientemente que se define por la detección de anticuerpos anti MOG en suero. Las presentaciones clínicas habituales son neuritis óptica (NO), mielitis transversa (MT) y encefalomielitis aguda diseminada (ADEM); pero en ocasiones los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, con cefalea, fiebre de origen desconocido o convulsión. El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta entidad (MOGAD) a los pediatras a través de los casos atendidos en nuestro hospital.

Métodos. Estudio observacional descriptivo y retrospectivo por revisión de historias clínicas, de los casos infantiles con anticuerpos IgG anti-MOG positivos en suero y clínica compatible.

Resultados. Se han identificado 9 casos, 5 (55%) varones. La mediana de edad de presentación fue 7 años, RIC (4,5-10,5). 1 había presentado 6 años antes una mielitis transversa con recuperación completa y un segundo episodio un año antes de convulsión y déficit focal transitorio sin alteraciones en la RM. Los motivos de consulta fueron: 2 (22%) disminución de la agudeza visual, 2 (22%) inestabilidad de la marcha, 1 (11%) debilidad en extremidades inferiores, 3 (33%) cefalea y síndrome febril y 1 (11%) síndrome febril prolongado sin otra clínica. Ninguno presentó encefalopatía. El 100% presentó serología AntiMOG positiva al debut y (33%) positividad de este marcador en LCR. El 100% fue tratado con Metilprednisolona a 30 mg/kg/día durante 5 días seguido de pauta descendente (dosis entre 1mg/kg/día y 0,17 mg/kg /día durante 3 meses). La RMN al debut: 1 (11%) presentó afectación focal única, 3 (33%) afectación parcheada multifocal y 4 (44%) afectación combinada de lesiones focales y difusas. En 1 caso (11%) no hubo afectación en la imagen y 3 (33%) presentaron afectación medular. Los diagnósticos finales fueron 2 (22%) NO, 1 (11%) neuromieli-

tis óptica (NMO), 1 (11%) MT y 5 (55%) ADEM. La mediana de tiempo de seguimiento es de 12 meses, RIC (5 meses-58 meses). 1 (11%) ha recidivado a los 5 años de seguimiento. 1 (11%) se consideró una forma recidivante al diagnóstico dados los antecedentes referidos, en tratamiento con micofenolato desde entonces sin nuevos episodios. 2 (22%) pacientes han recibido Rituximab tras el primer brote por la severidad de las lesiones iniciales.

Conclusiones. La MOGAD es una patología recientemente descrita con un espectro clínico, evolución y pronóstico no del todo definido. Los casos detectados en nuestro hospital concuerdan con la bibliografía disponible hasta el momento. Tiene buena respuesta al tratamiento inmunomodulador por lo que es importante que el pediatra conozca esta entidad para diagnosticarla de manera precoz

SALBUTAMOL ORAL EN IMPACTACIONES ESOFÁGICAS ALIMENTARIAS. **L. Irigoyen Ganzarain¹, J.A. Gil Hernández¹, L.B. Gavilán Santos¹, J.L. Ramos García², A. Aristizabal Segarra³, A. Arrondo Esnaola¹.** *¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Donostia. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Donostia. ³Centro de salud Hernani. Donostia (Guipúzcoa).*

Introducción y objetivos. La impactación esofágica secundaria a alimentos puede deberse a diversas causas siendo la esofagitis eosinofílica una de las etiologías más comunes en la edad pediátrica. El tratamiento estándar de la impactación es la endoscopia urgente. Los agonistas β 2-adrenérgicos, como el salbutamol, pueden ser capaces de relajar el músculo liso reduciendo el espasmo muscular que ocurre en las impactaciones alimentarias esofágicas. Esto podría plantear un manejo inicial menos invasivo pudiendo evitar realizar una endoscopia urgente. El objetivo de este trabajo ha sido analizar las características y la etiología de los casos de impactación esofágica y valorar la eficacia del salbutamol oral como tratamiento inicial en nuestro medio.

Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo, por revisión de historias clínicas de pacientes valorados en Urgencias Pediátricas

de un hospital terciario por impactación esofágica entre junio de 2023 y diciembre de 2024.

Resultados. Se atendieron 8 pacientes con impactación esofágica (1 de ellos presentó 2 episodios), 6/8 niños y 2/8 niñas, con una mediana de edad de 11,5 años (rango intercuartil 8-12). 4/8 pacientes presentaban antecedentes de atopía y 1/8 atresia de esófago tipo III (intervenida al nacimiento con estenosis secundaria). La forma de presentación más frecuente fue la sialorrea (7/9), seguido de la disfagia (2/9) y la sensación de cuerpo extraño (2/9). Los alimentos más frecuentemente implicados fueron el pollo y la carne. Respecto al manejo inicial, en 6/9 casos se administró salbutamol oral, siendo efectivo en 5/6. El caso no respondedor fue la atresia esofágica que precisó tratamiento endoscópico. En los pacientes que no recibieron el salbutamol oral, 2/3 tuvieron resolución espontánea de la clínica y 1/3 no logró tolerar el salbutamol por lo que se realizó endoscopia urgente. En cuanto a la etiología, 5/8 fueron diagnosticados posteriormente de esofagitis eosinofílica y el resto (3/8) están pendientes de realizar la endoscopia diagnóstica.

Conclusiones. En nuestro medio, a pesar de ser una muestra pequeña, se observó que el salbutamol oral fue eficaz en la mayoría de los casos de impactación esofágica. Esto podría plantear su uso inicial evitando realizar endoscopia urgente. Son necesarios más estudios que valoren la eficacia del salbutamol oral.

SI NO SABES LO QUE BUSCAS, NO ENTENDERÁS LO QUE ENCUENTRAS. **M. Abeijón Vila, M. Abad Cobo, C. González Díaz, I. Hernández Morrás, A. Vázquez Morales, S. Rey Grimón.** *Hospital Universitario Basurto.*

Introducción. El DIES (*Drug induced Enterocolitis Syndrome*) es un tipo infrecuente de alergia medicamentosa no IgE mediada, cuyo primer caso se describió en 2014, inspirado por un cuadro clínico muy similar al FPIES (*Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome*). Hasta la fecha solo 15 casos se han registrado, aunque probablemente esté infradiagnosticada. A dife-

rencia de otros tipos de alergias, manifestadas típicamente con síntomas cutáneos y/o respiratorios, el DIES se caracteriza por un cuadro clínico gastrointestinal (vómitos repetidos, diarrea) asociado a letargia, palidez e hipotensión de aparición relativamente tardía (2-4 horas tras la exposición). Los medicamentos más frecuentemente asociados son los antibióticos, en especial la amoxicilina o amoxicilina/clavulánico. Siguiendo la estela del FPIES para su diagnóstico se han propuesto recientemente una serie de criterios clínicos.

Resumen del caso. Niña de 13 años valorada en alergología pediátrica tras haber sufrido varios episodios de vómitos y sensación de malestar tras unas horas de toma de amoxicilina y amoxicilina/clavulánico. Se estudió mediante cuantificación de IgEs específicas e intradermorreacción a aminopenicilinas con resultados negativos; y se realizó una prueba de exposición controlada (PEC) con amoxicilina. A las 3 h presentó cuadro súbito de vómitos incoercibles, decaimiento y palidez cutánea generalizada, tensión de 90/45 mmHg y frecuencia de 175 lpm; sin clínica cutánea, ni respiratoria. Se administró un bolo de suero salino fisiológico 0,9% 20 mL/kg, ondansetron y metilprednisolona IV, con mejoría del cuadro pudiéndose dar de alta en siguientes 2 h tras comprobar tolerancia oral. En estudio analítico destaco una leucocitosis 17.570/ μ L y neutrofilia 10.570/ μ L; con acidosis metabólica sin elevación de triptasa. Posteriormente, se comprobó mediante PEC tolerancia a betalactámicos con cadena lateral a la amoxicilina, de forma similar a otros casos publicados. Aunque no existen biomarcadores definidos de FPIES/DIES, por lo que es esencial tener una alta sospecha clínica para su reconocimiento, se han descrito recientemente un caso de DIES por paracetamol y otro de FPIES por pescados con positividad para el test de transformación linfocitaria (TTL). Nuestro caso resultó significativamente positivo a TTL frente amoxicilina realizado 8 meses tras evento descrito.

Conclusión. El DIES puede confundirse con otras reacciones adversas a medicamentos o complicaciones del curso clínico inicial, siendo fundamental la sospecha clínica. Actual-

mente persisten muchas incógnitas sobre el DIES y FPIES resultando esperanzadoras la posible aparición de nuevas herramientas diagnósticas.

SIN ALARMAS NI SORPRESAS: IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL SURCO PERINEAL. **M. González Mentxakatorre, H. Lorenzo Garrido, M. Goñi Oleaga, I. Hernández Morrás, M. Abeijón Vila, S. Rey Grimón.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción y objetivos. El surco perineal (SP) es una anomalía congénita infrecuente de la línea media predominante en niñas. Se caracteriza por una lesión lineal entre la horquilla vulvar y el ano, sin alteraciones uretrales o vaginales. El surco es asintomático en el 80-90% de los pacientes, aunque puede presentar dolor, secreción, infección o estreñimiento. La exploración física es esencial en el diagnóstico diferencial puesto que puede confundirse con otras alteraciones dermatológicas que deriven en pruebas invasivas innecesarias o llevar a diagnósticos erróneos con graves repercusiones medicolegales como sospecha de abuso sexual. Aunque en la mayoría de casos el tratamiento sea conservador, en ocasiones es necesario el tratamiento quirúrgico consistiendo en la resección en bloque del surco, cierre por planos y aplicación de adhesivos tópicos. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos para tener presente esta entidad.

Casos clínicos. Caso 1. Recién nacida a término, embarazo controlado y sin antecedentes gineco-obstétricos de interés, derivada desde Neonatología a consultas de Gastroenterología pediátrica al mes de vida por lesión perineal asintomática. A la exploración se apreció una lesión perineal cubierta por mucosa que partía del ano y alcanzaba la horquilla vulvar sin fístulas ni otras malformaciones asociadas. Fue diagnosticada de SP completo, por lo que se decidió una actitud expectante con medidas de lubricación tópica. Tras permanecer 3 años asintomática, reconsulta de nuevo por reapertura del surco y síntomas de hiperemia. Se realiza ecografía abdomino-pélvica normal y

se indican medidas de lubricación en la zona.

Caso 2. Recién nacida a término, embarazo controlado y sin antecedentes gineco-obstétricos de interés, que fue derivada a los 2 meses de vida desde Dermatología, donde se controlaba por hemangioma perineal, por presentar lesión incisa húmeda entre ano e introito vaginal. Realizaba deposiciones normales. A la exploración se objetivó hemangioma que afectaba a labios mayores, menores y glúteo izquierdo. Ano anterior y surco húmedo en rafe inferior parcialmente epitelializado en parte distal. Se realiza ECO abdomino-pélvica normal y se indica control en 3 meses.

Comentario. El surco perineal es una entidad poco conocida, benigna y con resolución espontánea en la mayoría de los casos, por lo que es necesario familiarizarse con su existencia, para evitar diagnósticos erróneos, inquietud familiar y procedimientos innecesarios. Por otro lado, no hay que olvidar la enorme importancia medicolegal de confundir esta entidad con un posible abuso sexual. Por último, la descripción de nuevos casos en la literatura ayudaría a establecer su incidencia real.

¿HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE CON CIRUGÍA GÁSTRICA? CONSIDEREMOS EL SÍNDROME DE DUMPING. **M. Larrañaga Arzamendi, L. Gundin Leiza, A. Arrondo Esnaola, A. Sarasua Miranda, L.A. Vilella San Martí, M. Satrustegi Aritzituri.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.*

Introducción. El síndrome de *dumping* es una causa de hipoglucemia hipocetósica en pacientes con antecedente de cirugía gástrica, principalmente tras funduplicatura de Nissen. Se produce por un vaciado excesivamente rápido del estómago al intestino delgado, dando lugar a una rápida absorción de carbohidratos, presentando una hiperglucemia inicial y una posterior hipoglucemia reactiva a la liberación exagerada de insulina. Dado que la sintomatología de la hipoglucemia suele ser inespecífica y las complicaciones pueden ser graves, es importante tener en cuenta esta entidad en los pacientes con dichos antecedentes

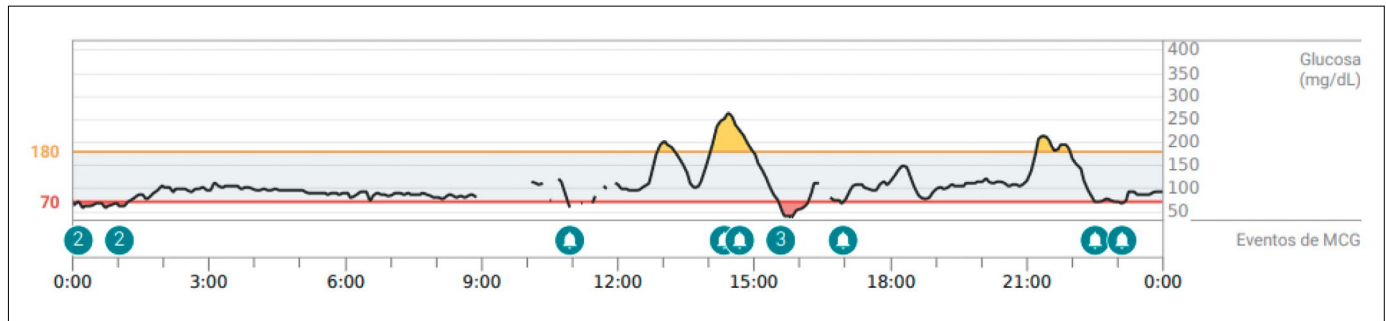


Figura 2.

quirúrgicos y valorar monitorizar la glucemia en estas situaciones.

Resumen de casos clínicos. Caso 1. Lactante de 16 meses con antecedente de atresia de esófago tipo I intervenida a los 4 meses de edad y funduplicatura de Nissen realizada a los 11 meses por reflujo gastroesofágico. Consulta por un episodio brusco de llanto, hipotonía y palidez cutánea, pasadas unas horas de la ingesta, constatándose una hipoglucemia hipocetósica grave. Refiere, además, una convulsión afebril valorada en centro externo 24 horas antes. Se realiza estudio de hipoglucemia hipocetósica con resultado normal e inicia monitorización continua de glucosa, objetivándose hiperglucemia postprandial y posterior hipoglucemia, confirmando el diagnóstico de *dumping* (Fig. 2).

Caso 2. Lactante de 12 meses con antecedente de funduplicatura de Nissen a los 10 meses de edad por hernia hiatal paraesofágica tipo IV, que consulta por episodio de hipotonía y pausa respiratoria a las horas de la toma, constatándose hipoglucemia hipocetósica. Tras estudio de hipoglucemia, se realizan controles seriados de glucosa, apreciándose hiperglucemias a los minutos de la ingesta e hipoglucemias posteriores, confirmándose el síndrome de *dumping*. En ambos casos, se inicia una pauta de alimentación que consiste en tomas fraccionadas y frecuentes excluyendo hidratos de carbono de absorción rápida, añadiéndose almidón de maíz a las tomas como carbohidrato de absorción lenta, logrando así, un adecuado control de las glucemias.

Conclusiones. Ante hipoglucemia hipocetósica en pacientes con antecedente de cirugía gástrica es necesario descartar el síndrome de

dumping. El manejo nutricional es esencial y en la mayoría de los casos suficiente para el control de la enfermedad. Se debe valorar la monitorización de glucemia postprandial en pacientes con antecedente de cirugía gástrica.

PRIORIZACIÓN DEL NIÑO CON ANAFILAXIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE HEGO EUSKALHERRIA. E. Arroabarren Aleman¹, O. Alvarez García², K. Baynova³, R. Candón Morillo⁴, M. Reche Frutos⁵, T. De Vicente Jiménez⁵; en representación del Comité de Alergia Infantil de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC). ¹Hospital Universitario de Navarra (HUN). ²Hospital Central Universitario de Asturias (HUCA). ³Centro de Diagnóstico y Tratamiento. Hospital Universitario Virgen del Rocío. ⁴Hospital Universitario de Jerez. ⁵Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción y objetivos. Según los sistemas de triaje pediátrico la anafilaxia es una emergencia (prioridad I-II) de atención inmediata. La prioridad de la urticaria/angioedema (UAE) es III-IV, con tiempos de espera (TE) mayores. Describimos la priorización del niño con anafilaxia en Urgencias hospitalarias de Hego EuskalHerria.

Material y métodos. Encuesta formato SurveyMonkey cumplimentada por enfermeras/pediatras que realizan triaje hospitalario. Indagamos el sistema de triaje empleado, formación del encuestado, priorización de anafilaxia, U/AE y TE estimados. Propusimos priorizar 5 casos mediante preguntas secuenciadas (1: Anafilaxia autotratada con adrenalina autoinyectable -AIA-; 2: Anafilaxia tratada en ambu-

latorio; 3: U/AE por alergia alimentaria; 4: Gastroenteritis en niño portador de AIA; 5: Shock anafiláctico), preguntando por prioridad inicial utilizando el triángulo de evaluación pediátrica (PI), prioridad final (PF) (I-V), ubicación en Urgencias (Sala de Espera -SE-, Reanimación).

Resultados. Obtuvimos 33 respuestas (9 hospitales). Referían formación específica en triaje (81,8%) y en anafilaxia (51,5%). Los sistemas de triaje utilizados: Sistema Canadiense de Triaje Pediátrico: 39,4%; Sistema Estructurado de Triaje: 18,2%; Sistema Manchester 12,1%; sistemas propios: 24,2%. Según los respondedores: la priorización de anafilaxia: I: 69,7%; II: 30,3%; TE: atención inmediata (93,9%). La priorización de U/AE: I: 15,2%; II: 24,2%; III: 33,3%; IV: 6,1%, con TE: 15 minutos (69,7%). Utilizan el TEP: 90,9%. La priorización de casos clínicos:

- Caso 1: PI: I: 6,1%, II: 9,1%, III: 27,3%, IV: 30,3%; V: 21,2%; PF: I: 9,1%, II: 39,4%, III: 45,5%, IV: 3%; Ubicación: Reanimación: 48,5%.
- Caso 2: PI: I: 3%, II: 30,3%, III: 18,3%; IV: 18,2%; V: 27,3%; PF: I: 18,2%, II: 48,5%, III: 30,3%; Ubicación: Reanimación: 69,7%.
- Caso 3: PI: II: 21,2%, III: 36,4%, IV: 27,3%, V: 12,1%; PF: I: 6,1%, II: 48,5%, III: 24,2%, IV: 21,2%; Ubicación: Reanimación: 45,5%.
- Caso 4: PI: III: 39,4%, IV: 39,4%, V: 18,2%; PF: II: 6,1%, III: 48,5%, IV: 45,5%; Ubicación: SE 72,7%.
- Caso 5: PI: I: 57,6%, II: 33,3%, III: 6,1%, IV: 3%; PF: I: 72,7%, II: 27,3%; Ubicación: Reanimación 100%.

Conclusiones. El conocimiento teórico de la priorización de la anafilaxia no se ha tradu-

cido en la correcta identificación y priorización de los casos reales propuestos. En UAE observamos el fenómeno contrario, con sobretriaje frecuente.

TUMORES MESENQUIMALES INTRACRANEALES EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO. E. Jaurregui Benito, S. García de Eulate Urdapilleta, C. Aibar Marco, P. Ivorra González, E. Arruti Onaindia, A. Díez Pérez. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba.

Introducción y objetivos. Los tumores mesenquimales intracraniales con fusiones FET-CREB son un grupo de neoplasias descritos recientemente en niños y adultos jóvenes, caracterizadas por la fusión de un gen de la familia FET (generalmente *EWSR1*) a un factor de transcripción de la familia CREB (*ATF1*, *CREB1* o *CREM*). Pueden presentarse a cualquier edad, predominando en niños y adultos jóvenes y sexo femenino. Son tumores raros, representando el 0,3% de los de tejido blando, con localización más frecuente en extremidades. La clínica es muy variable según la localización. En los intracraniales la más común incluye signos de hipertensión intracraneal, convulsiones, déficit de nervios craneales y alteración del estado mental. La prueba de elección es la resonancia magnética (RMN) craneal. La biopsia e histología confirman el diagnóstico. El tratamiento de elección es la cirugía en lesiones accesibles. Si hay alto riesgo de diseminación en LCR se puede asociar radioterapia, aunque se necesitan más datos clínicos para guiar las decisiones de tratamiento. El objetivo de este trabajo es presentar un caso pediátrico de diagnóstico reciente de tumor mesenquimal intracraneal con fusión FET-CREB.

Resumen del caso. Adolescente de 12 años sin antecedentes de interés, que consulta por movimientos linguales en los 2 últimos días, con clínica sensitiva previa en paladar y lengua, de 2 minutos de duración. No asocia desconexión del medio, cefalea ni otra sintomatología. La exploración física y neurológica son anodinas. Tras valoración por neuropediatría, se realiza EEG, sin signos

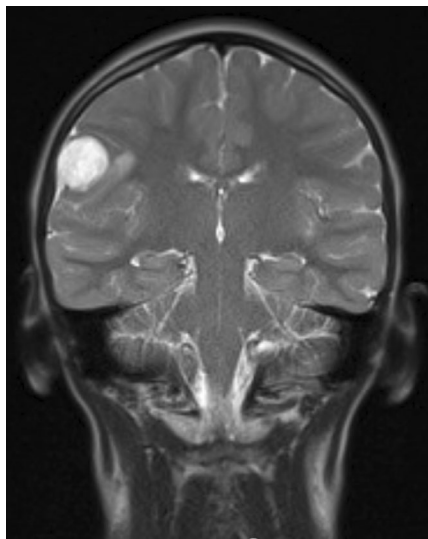


Figura 3. Tumoración sólido-quística en zona infero-lateral del córtex precentral y postcentral derecho, con posible implicación en el área de la lengua, sugerente de un glioma astrocítico circunscrito o glioneuronal-neuronal.

de focalidad ni anomalías epileptiformes. Se completa estudio con RMN cerebral mostrando una tumoración sólido-quística en zona infero-lateral del córtex precentral y postcentral derecho, con posible implicación en el área de la lengua, sugerente de un glioma astrocítico circunscrito o glioneuronal-neuronal (Fig. 3). De acuerdo con oncología infantil y neurocirugía, se realiza craneotomía y exéresis sin incidencias. Se obtiene resultado de tumor mesenquimal intracranial con fusión de genes de la familia FET-CREB con reordenamiento del gen *EWSR1*(22q12.2). En RMN de control presenta cambios postquirúrgicos de resección frontal derecha sin evidencia de resto tumoral. No presenta secuelas posteriormente. En el postoperatorio repite crisis focales orolinguales, iniciándose Levetiracetam y por persistencia de episodios Oxcarbazepina, manteniéndose actualmente asintomática y sin crisis, en monoterapia con este último.

Conclusiones y comentarios. Los tumores mesenquimales intracraniales son infrecuentes en la infancia. Tienen una presentación clínica variable, dependiendo de su localización. Requiere de un enfoque multidisciplinar, siendo la cirugía el tratamiento de elección en lesiones accesibles.

UN CASO AMPOLLOSO: SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON Y MYCOPLASMA PNEUMONIAE. J. Askaiturrieta Ostolaza, M. Camarero Pagonabarraga, A. Trujillo Montoro, A. Vinuesa Jaca, P. González Urdiales. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. El síndrome de Stevens-Johnson es un trastorno grave y poco frecuente que se caracteriza por afectación de al menos dos mucosas (oral, conjuntival, genital o gastrointestinal) y/o piel, fiebre y síntomas respiratorios. La etiología es fundamentalmente medicamentosa o infecciosa, siendo uno de los agentes descritos el *Mycoplasma pneumoniae*. El objetivo de este caso es dar a conocer una enfermedad poco frecuente que puede estar vinculada a una infección habitual.

Caso clínico. Presentamos el caso de un adolescente de 13 años y 11 meses de edad sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas por fiebre, tos y lesiones en mucosa oral de 24 horas de evolución; se da de alta a domicilio. A las pocas horas, reconsulta por diseminación de las lesiones con presencia de numerosas aftas orales, lesiones dianiformes atípicas en piel y genitales e hiperemia conjuntival bilateral. Se sospecha síndrome de Stevens-Johnson e ingresa en planta. Dada la ausencia de antecedentes de toma de fármacos y el cuadro respiratorio asociado, se completa estudio etiológico con PCR en lavado nasofaríngeo y serologías para *M. pneumoniae* que resultan positivas, por lo que recibe tratamiento con azitromicina. Las lesiones mucocutáneas progresan a bullas, flictenas y erosiones diseminadas; que requieren tratamiento con analgesia de primer nivel, anestésicos/lubricantes tópicos (lidocaína viscosa en aftas y vaselina en genitales) y corticoterapia sistémica durante 7 días. No se requiere soporte nutricional a pesar de mucositis. La afectación ocular evoluciona a erosiones conjuntivales bilaterales y una pseudomembrana que precisa tratamiento protector con membrana amniótica durante 4 días además de corticoides oftálmicos y antibiótico tópico por sobreinfección por *Moraxella nonliquefaciens*. A nivel sistémico, febril durante 7 días, aunque con buen estado general y sin signos de complicaciones ni de afecta-

ción a otros niveles. Se observa normalización analítica tras neutrofilia y elevación de parámetros inflamatorios iniciales; hemocultivos repetidamente negativos. Presenta mejoría y reepitelización progresiva de las lesiones tras una semana de ingreso, permitiendo el alta hospitalaria a los 14 días, con resolución posterior del cuadro, sin secuelas.

Conclusiones. El síndrome de Stevens Johnson es un cuadro poco frecuente y con alto riesgo de complicaciones que plantea dificultades para su manejo debido a la escasa evidencia acerca de las diversas estrategias terapéuticas y la ausencia de guías estandarizadas.

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE DESNUTRICIÓN INFANTIL (POBREZA, INMIGRACIÓN, DESEMPLEO); DETECCIÓN DE CASOS MEDIANTE TÉCNICAS BIG DATA APLICADA A UNA POBLACIÓN.

I. Díez López¹, S. Maeso Mendez¹, I. Zorrilla Martínez², A. González-Pinto², J.A. Lozano³, I. Casado Tellechea³, A. Pérez³. ¹Pediatría. Instituto de Investigación Sanitaria BIOARABA. OSI Araba. Hospital Universitario. UPV/EHU. Vitoria. ²Psiquiatría. Instituto de Investigación Sanitaria BIOARABA. OSI Araba. Hospital Universitario. CIBERSAM, UPV/EHU, Vitoria. ³Basque Centre of Applied Mathematics (BCAM). Bilbao, Bizkaia Basque Country, Spain.

Introducción. Las herramientas de big data son actualmente una herramienta de primera magnitud para valorar cambios poblacionales. Existe una posible relación causal entre capacidad económica de una familia y distocias sociales y malnutrición. También es sabido, que una posible causa de desnutrición son los trastornos de la conducta alimentaria, siendo estos más frecuentes en poblaciones con diferentes con mayor nivel educativo.

Objetivo principal. Valorar en una población infantil la posible relación entre renta familiar y prevalencia de desnutrición.

Material y métodos. Datos recogidos de episodios de historias clínicas informatizadas, estudiando las variables sexo, edad, peso, talla, de una población pediátrica (año 2022), comparándola con la renta media de su distrito de vivienda y tasa de desempleo. Utilización de

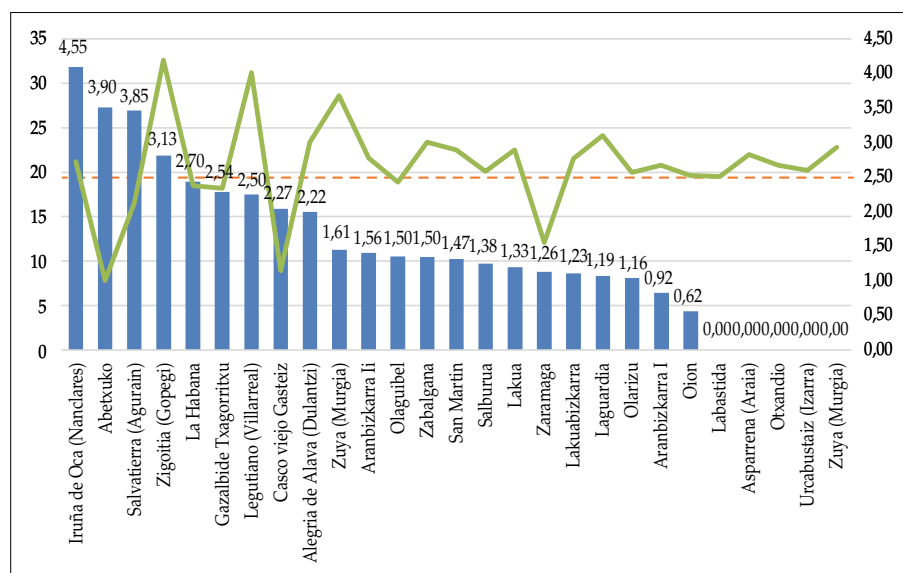


Figura 4. Hombres < 18 años. Representación de la variable IMC (% de la población < 1,5 SDS) (columnas en azul) vs. renta per cápita (miles € por habitante/año) (línea verde). Línea naranja representa la renta per cápita media de la población, que es de 19.366 €.

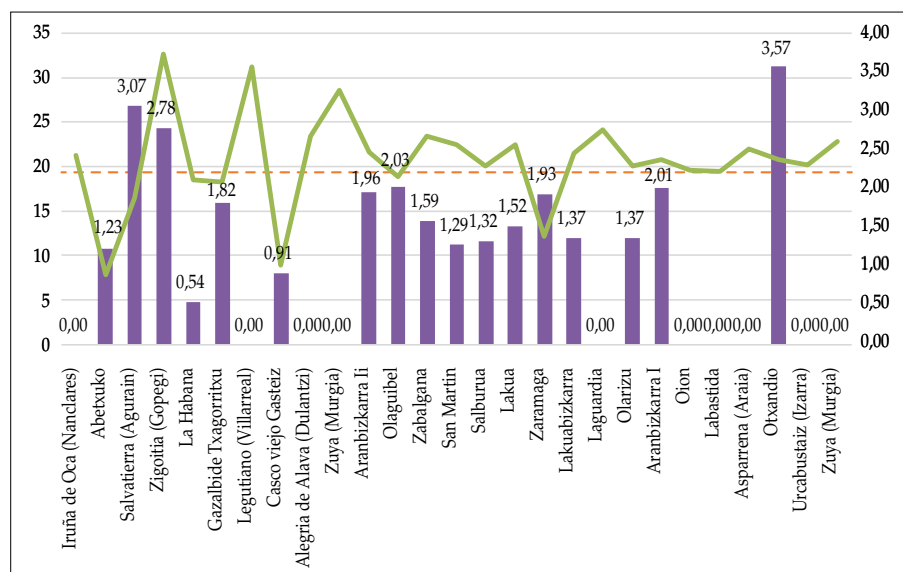


Figura 5. Mujeres < 18 años. Representación de la variable IMC (% de la población < 1,5 SDS) (columnas en morado) vs. renta per cápita (miles € por habitante/año) (línea verde). Línea naranja representa la renta per cápita media de la población, que es de 19.366 €.

métodos de big data para el estudio de variables. Uso del algoritmo LMS de Cole-Green con verosimilitud penalizada, implementado en el software RefCurv 0.4.2 (2020), que permite gestionar grandes cantidades de datos. Los hiperparámetros se han seleccionado mediante el BIC (Bayesian information criterion). Para calcular desviaciones poblacionales respecto a la referencial se ha cogido como referencia el

estar por debajo de 1.5 desviaciones estándar respecto de la media según la edad.

Resultados. 66.975 episodios informatizados de menores de 16 años y un total de 1.205.000 variables estudiadas. Se representan los datos y gráficos comparativos entre distritos de la población estudiada respecto a las variables analizadas (Figs. 4 y 5). Existiendo diferencias significativas con asociación en ambas variables.

Conclusiones. La tecnología de bigdata permite realizar estudios poblacionales de forma más eficaz, seleccionando poblaciones más necesitadas de una intervención sanitaria, optimizando los escasos recursos sanitarios.

NOTA: Aprobación CEIC OSI ARABA Expte 2022-058.

¿LA PANDEMIA COVID-19 Y EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO FUE RESPONSABLE DE UNA PANDEMIA DE OBESIDAD INFANTIL? RESPUESTAS DESDE EL BIG DATA. I. Díez López¹, S. Maeso Méndez², G. Sánchez Merino³, J.A. Lozano⁴, I. Casado Tellechea⁴, A. Pérez⁴. ¹Pediatric Department. Basque Country University. Vitoria. Spain. ²Child and adolescent endocrinology Unit. Pediatric Department. OSI Araba. Osakidetza Vitoria. Spain. ³Coordinator of the Innovation Platform – IIS BIOARABA. Vitoria. Spain. Basque Centre of Applied Mathematics (BCAM). Bilbao, Bizkaia Basque Country, Spain.

Introducción. Hasta la fecha el conocimiento de la dinámica poblacional y sus repercusiones en salud requerían de estudios complejos, largos y costosos de campo. Las herramientas de big data se postulan hoy en día como una herramienta de primera magnitud para ponderar cambios poblacionales observados en tiempo real si se dispone de fuentes fiables de recogida y herramientas matemáticas e informáticas adecuadas para su valoración.

Objetivo principal. Evaluar utilizando herramientas de big data si ha existido cambios significativos en nuestra población pediátrica en las variables determinantes del estado nutricional (sobrepeso) comparando la situación antes y después de la pandemia, el confinamiento y las reacciones por la COVID 2019.

Material y métodos. Datos recogidos de episodios de historias clínicas informatizadas, estudiando las variables sexo, edad, peso, talla, lugar de residencia (CP, centro de salud, barrio) de nuestra población entre 01/01/2020-31/03/2020 vs. 01/01/2022-31/03/2022. Para calcular las curvas y tablas percentiles hemos utilizado el algoritmo LMS de Cole-Green con verosimilitud penalizada, implementado en el software RefCurv 0.4.2 (2020), que permite

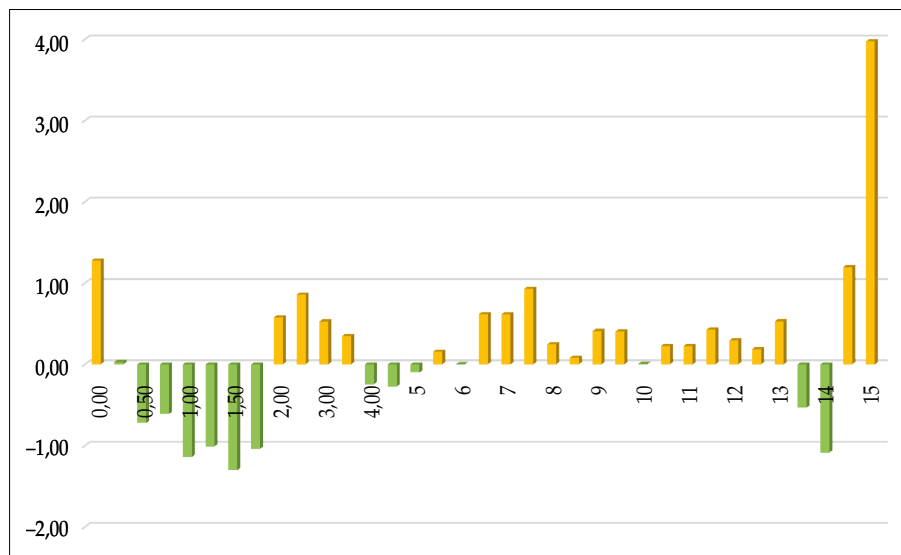


Figura 6. Cambios 2020 vs. 2022 SDS IMC - Hombres.

gestionar grandes cantidades de datos. Los hiperparámetros se han seleccionado mediante el BIC (Bayesian information criterion). Para calcular desviaciones poblacionales respecto a la referencial se ha cogido como referencia el estar por encima de 1,5 desviaciones estándar respecto de la media según la edad.

Resultados (Fig. 6). Se recogen 66.975 episodios informatizados de menores de 16 años y un total de 1.205.000 variables estudiadas. Aunque se dispone de datos se excluyen individuos > 16 a por N bajas. Se representan las gráficas de nuestra población respecto a los estándares observando que existen diferencias con Orbeagoitia 2011 y españolas 2010. Presentamos los datos y porcentajes de sobrepeso/obesidad por edad y sexo en los dos periodos estudiados. Se evidencia un aumento del sobrepeso respecto a la población referencia en toda la muestra 2022 vs. 2020. Pero estas diferencias son mas evidentes en la muestra de individuos adolescentes y edades “gatillo de la obesidad”: los 2-3 años y los 6-7 años.

Conclusiones. Existe una diferencia significativa en nuestra población en las variables asociadas al sobrepeso infantil si comparamos el periodo pre y post pandemia, tal vez asociado al confinamiento, menos actividad física y la sobreingesta. Conocer en que ámbitos de la población se han producido estos cambios, grupos etarios, sexos o barrios, permitirá

invertir recursos socio sanitarios de forma más eficiente.

NOTA: Aprobación CEIC OSI ARABA Expte 2022-058.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

REVISIÓN Y ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS DEL SÍNDROME DE WEST EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCARIO. N. Izaguirre Díaz¹, A. Elduayen Vila¹, O. Martínez-Múgica Barbosa², Borja Laña Ruiz², Itxaso Martí Carrera². ¹Médico Residente Interno de Pediatría; ²Neuropediatra. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastian. Gipuzkoa.

Introducción. El síndrome de West (SW) también denominado síndrome de espasmos infantiles, es una encefalopatía epiléptica que afecta a lactantes. La etiología es variada y su pronóstico puede ser muy diverso: presenta una mortalidad entre el 5-30%, dificultades cognitivas en el 70% de los casos, desarrollo de otros tipos de epilepsia en el 50-70% y solo el 25% de los pacientes tienen una evolución favorable.

Objetivos. Describir el cuadro clínico inicial de los lactantes con espasmos infantiles e identificar los factores pronósticos al momento

del diagnóstico que permitan predecir la evolución futura.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo, descriptivo y analítico de pacientes con SW del 1/01/2013 al 31/12/2023. Se ha considerado pronóstico desfavorable el retraso del desarrollo psicomotor (DSM) posterior. Para el estudio descriptivo se ha utilizado la mediana y el rango intercuartílico (RIC). Como prueba de contraste de hipótesis, se utilizó el Test de Fisher.

Resultados. Se diagnosticaron 21 pacientes con SW. 11 (52%) varones, la mediana de edad fue de 6 meses (RIC: 4). 3 (14%) presentaban antecedentes personales de epilepsia, 12 (57%) de encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) perinatal y 10 (47%) retraso del DSM. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta consultar fue de 12 días (RIC: 9). 10 fueron tratados con ACTH, 8 con vigabatrina y 2 con ambos. Se llegó al diagnóstico etiológico en 8 (38,09%): 2 EHI y 6 encefalopatías de origen genético. Con respecto a la evolución, 12 (57%) presentan retraso del DSM, 8 (36%) de ellos con estudio etiológico positivo. El retraso DSM previo y conocer la etiología se relacionan de manera estadísticamente significativa con un DSM desfavorable posterior. La mediana del tiempo de respuesta al tratamiento fue mayor en los pacientes con una evolución posterior desfavorable sin ser estadísticamente significativo.

Conclusiones. En nuestra muestra, los pacientes con SW con un DSM previo normal y que no se detectó una etiología tras el estudio inicial, presentaron un buen DSM futuro.

CARACTERIZACIÓN DE LOS QUISTES RENALES PEDIÁTRICOS: MAS ALLÁ DE LA IMAGEN. S. Rey Grimón, N. García Pérez, A. Rodríguez Ortiz, I. Hernández Morrás, M. González Mentxakatorre, M. Abeijón Vila. *Hospital Universitario Basurto*.

Introducción. Los quistes renales, a diferencia de los adultos, son poco frecuentes en población pediátrica (0,5-1%). Su detección se ha visto en aumento debido al uso generaliza-

do de la ecografía. Su diagnóstico diferencial abarca amplio espectro de enfermedades genéticas, anomalías congénitas y trastornos adquiridos. El abordaje varía según sus características y síntomas asociados. Mientras que los quistes simples asintomáticos y sin crecimiento pueden no requerir un seguimiento a largo plazo, quistes más complejos o pacientes con antecedentes familiares de poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD), precisarán controles periódicos. El objetivo es conocer la epidemiología de los quistes renales en edad pediátrica registrados en nuestro Hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que incluye niños hasta los 18 años entre 2010-2024 codificados como quiste renal en nuestro registro hospitalario.

Resultados. Se encontraron un total de 33 pacientes. 17 pacientes (51%) presentaban una displasia multiquistica renal de diagnóstico prenatal. 11 pacientes (33%) presentaban un quiste renal simple, localizados en el polo superior del riñón derecho en el 72% de los casos La mayoría de ellos mujeres (72% vs. 28%). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 5,9 años (DE 5,01), la mediana de tamaño fue 10,2 mm (DS 6,6). 6 de ellos se diagnosticaron incidentalmente, por estudio de dolor abdominal y 5 por otras causas (3 por antecedentes de PQRAD). Solo en 1 caso sin antecedentes familiares de PQRAD la ecografía de los padres presentaba quistes. Durante el seguimiento, 8 se han mantenido como quistes simples, presentando 2 de ellos complicaciones (Infección del quiste y crecimiento excesivo). El 45% de los pacientes se dieron de alta a los 5 años de seguimiento. Los 3 pacientes con antecedentes familiares y un único quiste, se consideraron afectados de PQRAD, aumentando el número de quistes evolutivamente en 1 de ellos. 5 pacientes (15%) presentaban múltiples quistes. 4 tenían diagnóstico de PQRAD (3 con antecedentes familiares de PQRAD y 1 diagnosticado de síndrome de genes contiguos *TSC2/PKD1*) y 1 diagnóstico de poliquistosis renal autosómica recesiva.

Conclusión. Los quistes renales en la infancia suelen ser asintomáticos y benignos. Es esencial realizar una adecuada evaluación para diferenciar quistes simples y

enfermedades quísticas renales hereditarias o no hereditarias. Los quistes simples suelen requerir observación más breve, mientras que en aquellos quistes complejos y con predisposición genética a poliquistosis renal, requieren un seguimiento a largo plazo.

CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ATAXIA DE FRIEDREICH DE DEBUT PEDIÁTRICO. L. Bizkarra Txurruka, A. Artetxe Barroso, Z. Ortiz de Zarate Caballero, E. Barredo Valderrama, A. García Ribes, M.J. Martínez González, I. Rouco Axpe. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo*.

Introducción. La ataxia de Friedreich (FRDA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva sin tratamiento curativo y con debut pediátrico. Cursa con una afectación multisistémica siendo la ataxia el síntoma más frecuente.

Objetivos. Analizar nuestra serie de pacientes con diagnóstico de FDRA.

Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de FDRA entre 1994-2024 en la Unidad de Neuropediatría. Se registran datos demográficos, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados. 12 pacientes con edad media actual de 25,7 años (mediana 24 años) y al debut clínico de 8 años (mediana 7 años). El síntoma de debut más frecuente fue la alteración de la marcha (5; 41,7%). Durante su evolución 11 pacientes (91,7%) desarrollaron miocardiopatía hipertrófica y 9 (75%) escoliosis. Un paciente asintomático fue diagnosticado de FRDA tras el diagnóstico de su hermano. Recibieron tratamiento con idebenona 4 pacientes (33,3%), idebenona y vitamina E 3 pacientes (25%), coenzima Q10, vitamina E y B1 1 paciente (8,3%) y riluzol e idebenona 1 paciente (8,3%). La pérdida de la deambulación se constató a una edad media de 15 años (mediana 15 años). Un (8,3%) paciente cursa con coeficiente intelectual límite. Precisan dispositivos de asistencia respiratoria 3 pacientes (25%) y cardíaca 1 paciente (20%). Se registraron 5 (41,6%) *exitus* con origen cardíaco en un único paciente (20%).

Conclusiones. El diagnóstico clínico precoz, abordaje multidisciplinar y ensayos clínicos en edad pediátrica son extremadamente importantes para los pacientes con FRDA, ya que en la actualidad no existe consenso de tratamiento.

IMPACTO DEL NIRSEVIMAB EN LA HOSPITALIZACIÓN DE LACTANTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA. I. Urreta, N. Arteche González, J. Del Arco Rodríguez, M. Ortega, A. Zugazabeitia, E. Pérez-Estévez. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.*

Introducción y objetivos. La bronquiolitis es la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria aguda en lactantes y el motivo más frecuente de hospitalización pediátrica. Su etiología más común es el virus respiratorio sincitial (VRS). La temporada previa se introdujo una nueva medida preventiva (nirsevimab), que ha demostrado su eficacia en disminuir los ingresos hospitalarios por bronquiolitis, pero su administración en nuestro medio fue tardía y heterogénea. Esta temporada se ha administrado de manera homogénea previo al inicio de la epidemia. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del nirsevimab tras su adecuada implementación, comparando los ingresos por bronquiolitis durante las tres últimas epidemias.

Método. Revisión de los ingresos por bronquiolitis en un hospital terciario durante las tres últimas epidemias (octubre-febrero 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025).

Resultados. Se ha objetivado una disminución significativa del número total de ingresos hospitalarios (23 vs. 98 vs. 113). No hay diferencias en el sexo de los pacientes ingresados (p 0,085). En las dos epidemias previas ingresaron fundamentalmente los niños < 3 meses de edad; sin embargo, este año se ha constatado una disminución significativa de los ingresos en los < 6 meses (14 vs. 71 vs. 94) (p 0,033), y el 40% de niños ingresados tenían > 6 meses. La etiología más común continúa siendo el VRS, aunque esta temporada con un porcentaje significativamente menor que en años previos (56% vs. 91% vs. 81%) (p 0,02).

El segundo patógeno más frecuente es el rinovirus y alrededor de un tercio de los pacientes presenta coinfecciones, sin diferencias entre los grupos. No hay diferencias respecto al porcentaje de los ingresos en la unidad de cuidados intensivos ni el soporte respiratorio requerido. Esta temporada solo 11 pacientes (48%) ingresados habían recibido la inmunoprofilaxis, de los cuales 6 (55%) eran por un patógeno diferente al VRS.

Conclusiones. La inmunoprofilaxis con nirsevimab ha disminuido de manera significativa los ingresos hospitalarios por bronquiolitis, objetivando especialmente una disminución significativa en los ingresos en < 6 meses.

INGRESOS POR HEPATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. A.R. Sistiaga Pérez, A. Gómez Busselo, L.B. Gavilán Santos, A. Arrondo Esnaola. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.*

Introducción y objetivos. La hepatitis aguda es la hepatopatía más frecuente. Ante la percepción de un aumento en la incidencia de ingresos hospitalarios por hepatitis en nuestro medio, el objetivo de nuestro trabajo fue describir los casos de hepatitis ingresados en nuestro centro.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados por hepatitis en un hospital terciario, en el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2024.

Resultados. Se incluyeron 15 pacientes, 9 varones y 6 mujeres, con una mediana de edad de 9 años (RIC 6-13). Se diagnosticaron un paciente en 2020, uno en 2021, ninguno en 2022, 4 en 2023 y 9 (60%) en 2024. La sintomatología principal al ingreso fue: dolor abdominal (9/15), ictericia (8/15), vómitos (5/15), fiebre (5/15), coluria (4/15) y hepatomegalia (4/15). Al ingreso todos los pacientes presentaron hipertransaminasemia, con una mediana de GOT/AST 724 (RIC 174-2.189); GPT/ALT 656 (RIC 173-2.404); GGT 39 (16-86). El 53% fueron hepatitis colestásicas, con una mediana de bilirrubina directa de 4,6 (RIC 1,1-6,3). Asociaron coagulopatía 4/15 con adecuada respuesta a

vitamina K, mientras que 2/15 progresaron a fallo hepático agudo. Ambos fueron trasladados a hospitales de referencia, precisando uno de ellos trasplante hepático. Para el estudio etiológico, se siguió el consenso nacional para la actuación diagnóstica ante hipertransaminasemia en pediatría, realizándose las pruebas de primer y segundo nivel en todos los casos, llegándose a biopsiar 4 pacientes. El 47% se debió a causa infecciosa, la mayoría (57%) por hepatitis A, teniendo antecedente de viaje al extranjero el 50%. Los otros fueron debidos a Virus Epstein-Barr. El resto se debieron a causa medicamentosa (20%), hepatopatía autoinmune (20%), glucogenosis (6,6%) y desconocida (6,6%). El tratamiento durante el ingreso fue de soporte, utilizándose ácido ursodeoxicólico en 2/15 y vitamina K en 5/15. La evolución a medio plazo fue favorable en todos los casos, continuando seguimiento y tratamiento específico los pacientes con glucogenosis, hepatopatía autoinmune y trasplante hepático. El resto (67%) no han precisado tratamiento ambulatorio, ni seguimiento posterior.

Conclusión. En nuestra revisión confirmamos la percepción de que ha habido un aumento en la incidencia de hepatitis en nuestro medio, manteniendo la causa infecciosa como principal etiología, al igual que lo descrito en la literatura. Cabe destacar que la mitad de las hepatitis A no tenían antecedente de contacto con zona endémica. Será necesario continuar con vigilancia epidemiológica y realizar más estudios para valorar la tendencia en la incidencia y etiología.

INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS CON CAPACIDAD ADICTIVA EN MENORES DE 3 AÑOS. L. Gundin Leiza, M. Larrañaga Arzamendi, J.A. Muñoz Bernal, B. Salinas Salvador, A. Cámara Otegui, I. Olaciregui Echenique. *Hospital Universitario Donostia.*

Introducción y objetivo. En los últimos años se ha detectado un aumento de las intoxicaciones por sustancias con capacidad adictiva en niños menores de tres años, probablemente potenciado por el aumento del consumo de estas sustancias en la sociedad. Describir la

incidencia, epidemiología, etiología y manejo de pacientes menores de tres años atendidos por intoxicación por sustancias con capacidad adictiva en un hospital terciario de 2004 a 2024.

Metodología. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por intoxicación por sustancias con capacidad adictiva los años 2004-2024 en un hospital terciario.

Resultados. En este periodo se han atendido 1.605 sospechas de intoxicación, 154 (10%) fueron por sustancias con capacidad adictiva y de estas 16 (10,3%) sucedieron en menores de 3 años, todas ellas a partir de 2012. La sustancia más frecuentemente implicada fue el cannabis, en 12 (75%) casos, uno de ellos presentaba además intoxicación por cocaína. Estos 12 casos representaron el 46% del total de las intoxicaciones por cannabis atendidas, independientemente de la edad. Los restantes fueron 2 (12,5%) por alcohol, y otros 2 (12,5%) por nicotina. En todos ellos el mecanismo fue la ingesta accidental. En 8 (50%) casos el motivo de consulta fue la sospecha de intoxicación, los otros 8 (50%) consultaron por sintomatología neurológica de causa desconocida, detectándose intoxicación por cannabis dentro del estudio realizado. Los casos de intoxicación alcohólica y por nicotina no presentaron síntomas y fueron dados de alta sin necesidad de exploraciones complementarias. Sin embargo, todos los casos de intoxicación por cannabis precisaron ingreso, 7 (58,3%) en la unidad de observación, 1 (8,3%) en planta de hospitalización y 4 (33,3%) en cuidados intensivos. En 11 (91,6%) de los casos de intoxicación por cannabis se activaron los Servicios Sociales, se detectó en 3 de ellos alto riesgo de desprotección y se les asignó una familia de acogida para el momento del alta.

Conclusiones. En los últimos años se ha producido un aumento preocupante de las intoxicaciones por drogas en pacientes menores de tres años, sobre todo por cannabis, produciéndose casi la mitad de ellas en este grupo de edad. Debemos tener en cuenta la posibilidad de contacto con drogas ilegales en los pacientes que consultan por sintomatología neurológica de causa desconocida, y en los

casos en los que se confirme la intoxicación, considerar el riesgo de desprotección infantil.

LA MODA DEL VAPEO. UN PELIGRO EMERGENTE. **A. Elduayen Vila, P. Hernando Garijo, B. Salinas Salvador, M.V. Díaz Fernández, J.A. Muñoz Bernaiz.** *Hospital Universitario Donostia.*

Introducción. El uso extendido de cigarrillos electrónicos dentro de la población ha hecho que la nicotina líquida (NL) se muestre como un tóxico emergente. Además de los riesgos para la salud en los consumidores, que esta sustancia se suministre en envases atractivos, con aromas y sabores agradables, supone un riesgo añadido de toxicidad en los menores por contacto accidental, con potenciales efectos cardiovasculares, neurológicos y respiratorios graves.

Objetivo. Describir las características y manejo de las intoxicaciones por NL atendidas en nuestra Unidad desde el año 2004, momento en el que iniciamos el registro de todas las sospechas de intoxicación, hasta la actualidad.

Metodología y resultados. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por sospecha de intoxicación por NL en los años 2004-2024. Se atendieron 10 intoxicaciones por NL, todas en los últimos 6 años y 9 de ellas en el último año. En 2024 es la sustancia de abuso más detectada. Para el manejo de los pacientes se siguieron las recomendaciones del Instituto Nacional de Toxicología (INT). En 2018 se atendió a un lactante de 18 meses por ingesta accidental (IA) de NL, asintomático y con exploración normal. El INT recomendó administrar lácteos y evitar hidratos de carbono durante ese día. En mayo de 2024 se atendió a un grupo de 4 niños de 5 años de edad por IA de NL en el colegio, 2 presentaban dolor abdominal leve, y en todos ellos la exploración fue normal. El INT recomendó ingreso, 24 horas de monitorización continua, analítica sanguínea y ECG. En diciembre de 2024 se atendió a un grupo de 5 niños de 5 años de edad por IA de NL en el colegio. 1 presentaba cefalea y otro dolor abdominal y mareo, con exploración

normal en todos. El INT recomendó 4 horas de vigilancia. Todos los pacientes evolucionaron bien.

Comentarios. Las intoxicaciones por NL han experimentado un espectacular aumento en 2024. El desconocimiento hasta ahora de esta sustancia como posible tóxico ha podido propiciar las diferencias de manejo recomendado. Sería importante homogeneizar las pautas de actuación en las intoxicaciones por NL. Consideramos necesario informar a la población sobre los peligros de esta sustancia, ya que, a diferencia de los cigarrillos tradicionales no existe una legislación que prohíba la venta de NL a menores, ni se advierte de su toxicidad en los envases.

ACCÉSIT MEJOR COMUNICACIÓN

ESPECTRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*: EVOLUCIÓN EN LA ÉPOCA POST PANDEMIA. **C. Panicerres López-Arranz, A. Trujillo Montoro, B. Azkuna-Santibañez, A. Zugazabeitia Irazabal, A. Vinuesa Jaca, M. Ortega del Río.** *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.*

Introducción y objetivos. El *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A (SGA) es el patógeno implicado en la mayoría de las faringoamigdalitis bacterianas, generalmente enfermedades benignas y no invasoras, pero también puede producir infecciones graves de amplio espectro clínico, denominada enfermedad invasora por SGA (EISGA), con aislamiento de SGA en una muestra estéril. Según bibliografía, las EISGA han aumentado tras la pandemia por COVID-19. El objetivo del estudio es analizar las características de la EISGA en nuestro medio, así como posibles cambios epidemiológicos.

Métodos. Estudio retrospectivo de cohortes en pacientes < 14 años ingresados por EISGA entre 2017 y 2024, diferenciándose periodo pre-pandemia (2017-2019), pandemia (2020-2021) y postpandemia (2022-2024). Se analizaron la edad, factores de riesgo, clínica, pruebas microbiológicas, tratamiento y evolución, con análisis comparativo entre periodos de tiempo.

Se consideraron factores de gravedad: ingreso en cuidados intensivos, secuelas y *exitus*.

Resultados. e diagnosticaron 27 EISGA entre 2017-2024 con mediana de edad de 31 meses. El 88,9% presentó fiebre y los síndromes clínicos más frecuentes fueron: bacteriemia oculta (20,7%), neumonía (17,2%) e infección osteoarticular (13,8%) debutando como shock tóxico 3 casos (10,3%). Como factores de riesgo, 6 pacientes eran < 1 año (22,2%) y en 15 (55,6%) existió coinfección con otros gérmenes (5 virus influenza y una varicela). Se aisló microorganismo en sangre en 16 casos (59,3%), líquido pleural 6 (22,2%), articular 2 (7,4%), cefalorraquídeo 2 (7,4%), parénquima cerebral 2 (7,4%) y líquido peritoneal 1 (3,7%). Presentaron aislamiento múltiple en 5 (18,5%). El 51,9% precisó terapia intensiva, 29,6% presentó secuelas y 1 paciente falleció. La susceptibilidad a la penicilina fue universal, siendo el antibiótico más empleado junto a las cefalosporinas. Se muestra el análisis comparativo entre periodos en la Tabla I. En periodo pandemia no hubo casos.

Conclusiones. Tras la pandemia por COVID-19 han aumentado las EISGA atendidas en nuestro hospital sin objetivarse cambios significativos en su presentación clínica. Se considera necesario desarrollar herramientas para su detección precoz, así como seguimiento de su evolución epidemiológica.

¿SE TRATA DE UN SIMPLE DERRAME? **M. Paniagua García, A. Sampedro Murguiondo, A. Alonso Marin, I. Castro Garrido, L.R. Resano Redín, M. Herranz Aguirre.** *Servicio Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*

Introducción. Un derrame pleural presenta un amplio diagnóstico diferencial; debemos incluir desde causas infecciosas (neumococo, mycobacterias...), malignas (linfomas o tumores sólidos) hasta enfermedades reumatológicas como vasculitis o sarcoidosis.

Caso clínico. Adolescente de 13 años que acude por dolor costal izquierdo que aumenta con la inspiración profunda de un mes de evolución, empeorando en la última semana con

TABLA I

		Prepandemia	Postpandemia	p
Nº casos periodo/nº casos totales		8 (29,6%)	19 (70,4%)	
Edad meses (mediana)		41,5	22	ns
Sexo (varón)		5	10	ns
Síndrome clínico (bacteriemia oculta)		1	5	ns
Gravedad	Cuidados intensivos	4	10	ns
	Estancia intensivos (días)	2,75	7	-
	Secuelas	5	3	< 0,05
	Exitus	1	0	ns

mayor intensidad, polipnea, disnea y aparición de pico febril puntual (38,5°C). En urgencias, se realiza radiografía de tórax y ecografía pulmonar donde se objetiva atelectasia y derrame pleural izquierdo de 4 cm. Se extrae analítica que no muestra alteraciones salvo proteína C reactiva de 73. Dados los resultados, se decide ingreso para estudio. Se realiza toracocentesis diagnóstica con bioquímica normal, ausencia de células atípicas, ADA aumentado y cultivo y PCR de *Mycobacterium tuberculosis* negativos. Se realiza PPD y IGRA que son positivos y se completa con 3 jugos gástricos consecutivos con baciloscopia negativa en todos ellos, pero PCR positiva a *Mycobacterium tuberculosis* con ausencia de mutaciones de resistencia en uno de ellos. Se realiza TAC tórax que muestra afectación parenquimatosa y pleural. Se instaura tratamiento con ampicilina que se suspende tras 7 días por presentar exantema maculopapuloso y no impresionar de infección típica. Tras el diagnóstico de tuberculosis (TBC) inicia tratamiento tuberculostático. Es dado de alta con mejoría de la clínica y buena tolerancia al tratamiento.

Conclusiones. La incidencia de TBC pediátrica es de un 4% entre todos los casos infectados en Europa. Hablamos de TBC cuando existe una prueba microbiológica positiva (cultivo o PCR) con síntomas y pruebas compatibles de imagen, analíticas y/o anatomopatológicas. En niños la muestra de elección para microbiología es el jugo gástrico, se pueden realizar baciloscopia, cultivo y PCR. Es un reto diagnóstico por su dificultad para confirmarla dada la escasa sensibilidad de las pruebas como la

variabilidad de sus síntomas. Si se confirma la enfermedad, el tratamiento es de 6 meses, siendo dos meses de tratamiento bactericida con 3 o 4 fármacos y otros cuatro con dos fármacos. En formas no complicadas, puede acortarse a 4 meses. Es importante un tratamiento correcto, así como el estudio de contactos en los casos bacilíferos para evitar propagación. No obstante, debemos tener claro que los niños raramente contagian, se infectan a través de contacto con adultos enfermos.

DETECCIÓN DE FIBROSIS QUÍSTICA EN UN NEONATO DE ORIGEN ECUATORIANO: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN UN CONTEXTO DE DIVERSIDAD GENÉTICA. **M. Ortúzar Menéndez, M. Gimeno Castillo, M. Paniagua García, M. Erroz Ferrer, N. Viguria Sánchez, L. Moreno Galarraga.** *Hospital Universitario de Navarra.*

Antecedentes y objetivos. La fibrosis quística (FQ) es el trastorno genético más común en población caucásica. En Europa, la prevalencia es 1/5.000 RN y en España 1/35 son portadores. Se trata de una enfermedad autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen *CFTR*, afectando la función del canal de cloruro. Esto provoca sudor con alto contenido en NaCl y secreciones mucosas viscosas. Aproximadamente el 70% son homocigotos para el alelo delta F508, aunque existen muchas más variantes responsables de la enfermedad. Presentamos un caso de cribado neonatal complejo, en el que el análisis genético inicial no detectó alteraciones.

Caso clínico. Recién nacido varón, origen hispano, hijo de padres ecuatorianos. Con 5 días de vida, el cribado neonatal muestra un valor TIR-1 elevado (200). Se repite a los 21 días de vida (TIR-2) confirmándose el resultado elevado (57). Se realiza prueba de cloro en sudor y análisis genético. El primer test de sudor con 28 días de vida no alcanza volumen mínimo, pero el dispositivo registra valor normal (< 30 mmol/L). Se realiza una segunda prueba el mismo día con resultado indeterminado (55 mmol/L). Se decide repetir la prueba días después, obteniendo de nuevo resultado indeterminado (46 mmol/L). Ante la persistencia de valores no concluyentes, se realiza

cuarta medición de cloro en sudor con resultado justo por encima del umbral diagnóstico de FQ (68 mmol/L). En paralelo, el análisis genético inicial, basado en el panel estándar de mutaciones más frecuentes en población caucásica, no detecta variantes patogénicas. Dado el origen latinoamericano y la posibilidad de mutaciones no incluidas en el panel estándar, se decide realizar secuenciación completa del gen *CFTR*. Este análisis revela presencia de variante en homocigosis (c.18263A>G (p.H609R)). Esta mutación, poco frecuente en población caucásica, ha sido reportada en población de origen ecuatoriano. Finalmente, con el resultado genético y tras objetivar sufi-

ciencia pancreática (elastasa fecal > 400 µg/g) se diagnostica de FQ atípica.

Conclusiones. 1) El cribado neonatal es una herramienta fundamental para el diagnóstico precoz de la FQ. 2) A pesar de que la tasa de falsos negativos en Navarra es extremadamente baja, el aumento de inmigración y la diversidad poblacional hace imprescindible individualizar la evaluación de cada paciente. 3) Un valor normal de cloro en sudor puede ser un falso negativo si la muestra recogida es insuficiente, pudiendo dar lugar a errores en el diagnóstico. 4) La secuenciación completa del *CFTR* es esencial en casos con panel genético negativo, pero alta sospecha clínica.