

# MÁS ALLÁ DE UN SÍNCOPE EN LA ADOLESCENCIA: TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA CATECOLAMINÉRGICA

Pablo Alonso Peña<sup>1</sup>; Silvia González Garrido<sup>2</sup>; Marta Martínez Carretero<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Huétor-Tájar. Distrito Metropolitano de Granada. España.

<sup>2</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Carlota. Distrito Córdoba-Guadalquivir. España.

<sup>3</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 8, GAI Albacete. España.

## INTRODUCCIÓN

La taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) es una canalopatía genética que se caracteriza por extrasístoles ventriculares inducidas por ejercicio o estrés emocional en un corazón estructuralmente normal. Debuta entre los 6-10 años, siendo la clínica más común el síncope recurrente durante la actividad física, parada cardiorrespiratoria o muerte súbita. Se han identificado mutaciones en los genes del receptor de la rianodina (RYR-2) y de la calsequestrina (CASQ-2) como responsables. El electrocardiograma (ECG) en reposo, ecocardiograma y el registro holter son frecuentemente normales. La inducción de arritmias ventriculares se consigue durante la prueba de esfuerzo, siendo la ergometría el test diagnóstico más importante y sensible. Los betabloqueantes son el tratamiento de elección de forma precoz.

## CASO CLÍNICO

Niña de 11 años que consulta por pérdida de conciencia mientras realizaba natación. Describe sensación de giro de objetos, palidez y pérdida de conocimiento de segundos de duración, sin clonías ni cortejo vegetativo asociado, con recuperación completa sin periodo postcrítico. Niega antecedentes familiares y personales de interés, salvo que, en las 48 horas previas, presentó dos episodios similares mientras nadaba, sin pérdida de conocimiento. Se realiza ECG donde se aprecia extrasístole auricular aislada, y se deriva a consulta de Cardiología. A los 30 minutos, vuelve por nuevo síncope similar al entrar a clase. Se realiza nuevo ECG siendo normal y es dada de alta con diagnóstico de síncope vasovagal. En revisión por Cardiología, presenta ECG y ecocardiografía normal. Se deriva a Neurología ante la sospecha de etiología neurocardiogénica y se solicita holter, sin hallazgos patológicos. Durante la ergometría, se detiene precozmente ante la aparición de extrasístoles ventriculares bidireccionales y taquicardia ventricular no sostenida (imagen 1), diagnosticándose de TVPC. Se solicita estudio genético y se inicia tratamiento betabloqueante con limitación de ejercicio intenso.

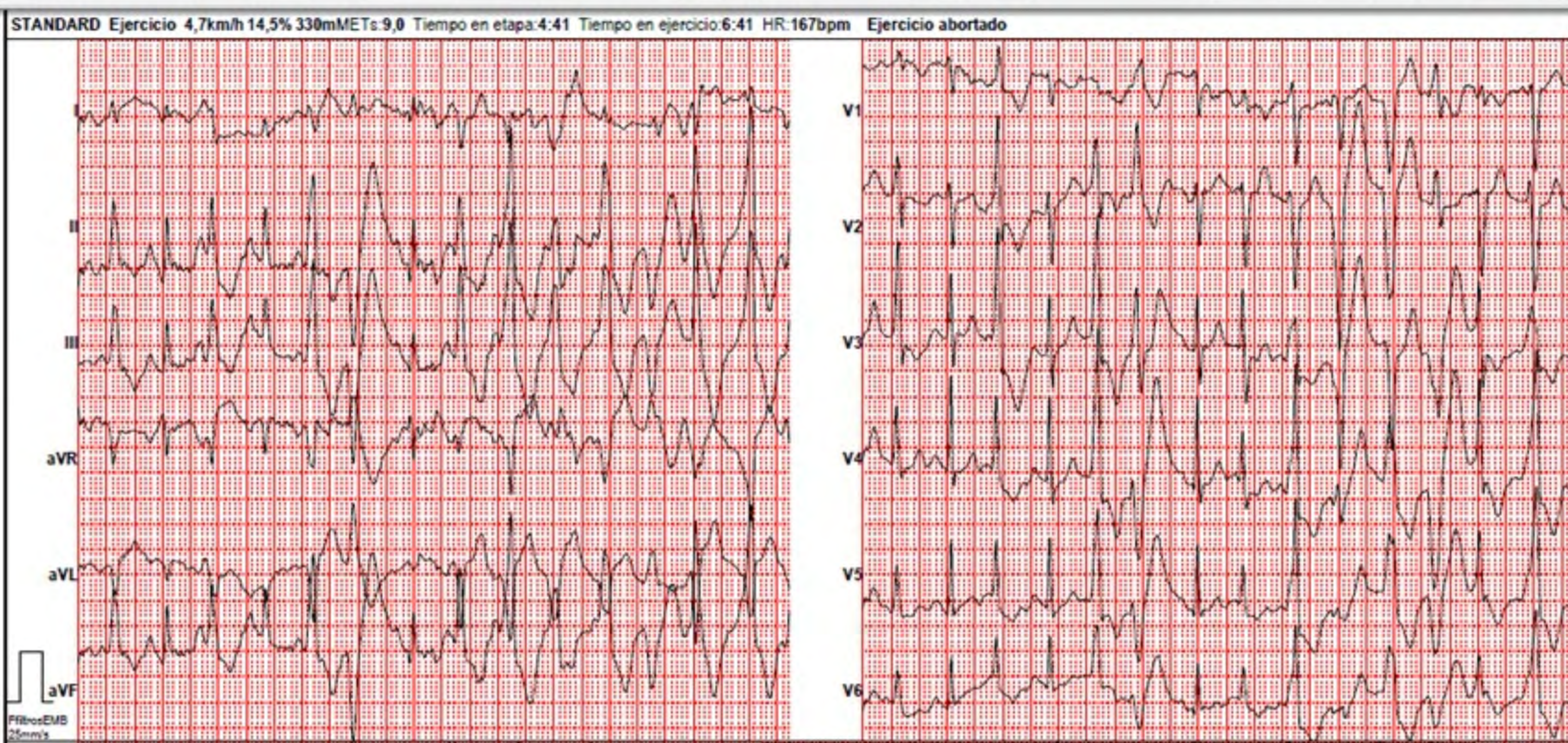


Imagen 1:  
extrasístoles  
ventriculares  
bidireccionales  
y taquicardia  
ventricular no  
sostenida.

## CONCLUSIONES

El 80% de los síncope son vasovagales, pero debemos sospechar una TVPC ante un síncope durante el ejercicio, aunque presente un ECG normal, ya que la muerte súbita podría ser la primera y única manifestación. Es importante reconocer síntomas de alarma de enfermedad cardíaca estructural-funcional como mareo, dolor torácico, síncope, palpitaciones o antecedentes familiares de muerte súbita, ya que un diagnóstico erróneo como síncope vasovagal o neurológico puede retrasar el diagnóstico de TVPC hasta 2 años en un 60%. El estudio genético resulta útil para confirmar los casos y detectar familiares portadores asintomáticos que puedan beneficiarse de tratamiento betabloqueante, el arma terapéutica principal. A pesar del tratamiento, hasta un 30% de los pacientes pueden presentar eventos cardíacos que requieran un desfibrilador automático.

## INTRODUCCIÓN

- Los tumores costales y esternales son inusuales en la población pediátrica.
- En el diagnóstico diferencial encontramos patologías benignas y malignas, por lo que es importante realizar una buena anamnesis y conocer las lesiones que podemos encontrar, así como las pruebas complementarias a realizar en función de nuestra sospecha clínica.

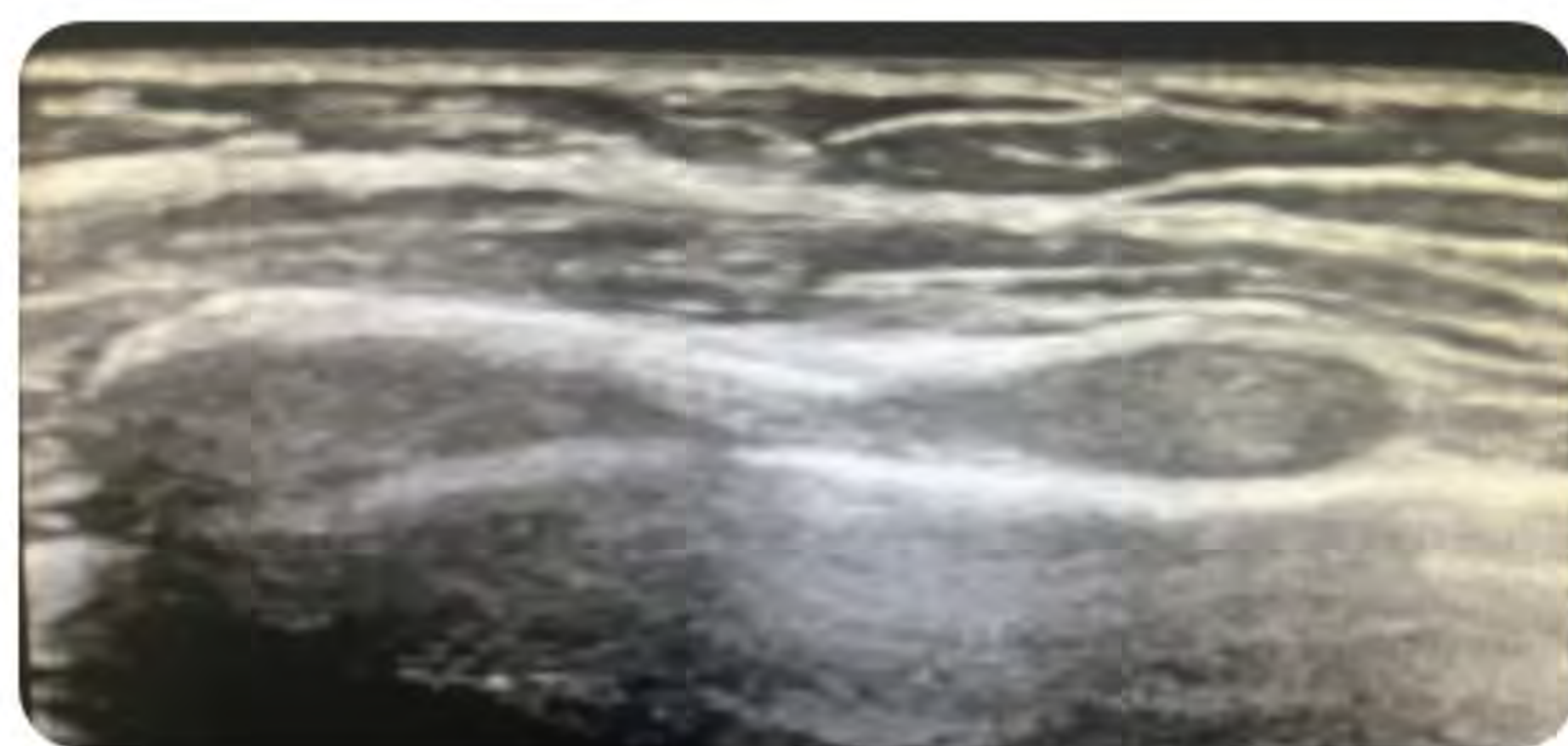
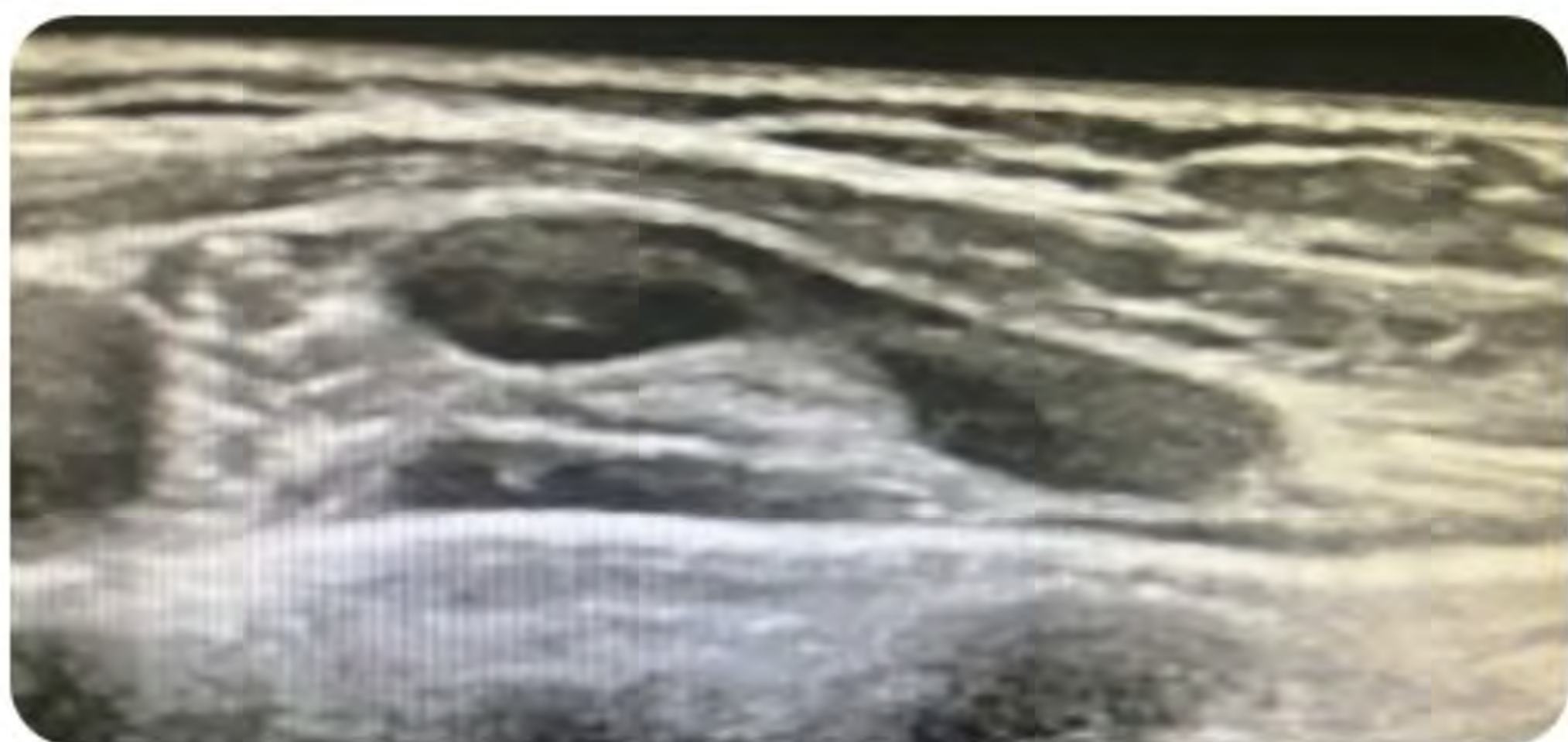
## CASO CLÍNICO

Niño de 5 años que consulta por DEFORMIDAD DE HEMITÓRAX DERECHO y palpación de un BULTOMA DE CONSISTENCIA ÓSEA de 2 semanas de evolución.

No dolor, no traumatismo previo, no infección reciente. Clínicamente asintomático.

Exploración: tumoración ósea en 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> costilla, uniendo esta ambas, sin poder palpar espacio intercostal.

Pruebas: radiografía de parrilla costal sin hallazgos patológicos por lo que se deriva para realizar ecografía. En ecografía se objetiva en la parte anterior del 4<sup>o</sup> arco costal derecho una duplicidad del cartílago costal, que se divide en dos y vuelve a fusionar antes de articularse con el esternón --> MALFORMACIÓN COSTAL (4<sup>o</sup> arco derecho) CON DUPLICIDAD DE CARTÍLAGO COSTAL.



## CONCLUSIONES

- Ante el hallazgo de una lesión sólida costal en edad pediátrica debemos realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades inflamatorias, malformaciones, enfermedades infecciosas y neoplásicas.
- Debemos recordar que existe una entidad, los SELSTOC (del inglés, *self-limiting sternal tumors of childhood*), lesiones benignas de rápido crecimiento, palpables y no dolorosas, de curso autolimitado, que afectan a pacientes pediátricos.
- Por ello, queremos destacar la utilidad de la ecografía en este tipo de lesiones, pues nos permite prescindir de pruebas de imagen con altas dosis de radiación ionizante.

# UN CASO DE LIQUEN ESCLEROSO VULVAR EN LA CONSULTA



M<sup>a</sup> Dolores Cantarero Vallejo<sup>a</sup>, Katya López Martín<sup>b</sup>, Nieves Nieto del Rincón, Nieves<sup>a</sup>.  
<sup>a</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Illescas. Toledo. España  
<sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

## INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso (LE) es una afección inflamatoria mucocutánea crónica.

### Etiopatogenia

No esclarecida. Teoría más aceptada: autoinmunidad.



### Edad

Postmenopáusica, aunque también prepuberal (7-15%)

### Clínica (vulvar)

Asintomática  
Prurito  
Dolor  
Disuria  
Estreñimiento

### Diagnóstico

**Clínico.** Biopsia si dudas diagnósticas, nula respuesta al tratamiento o sospecha de malignidad.

Asociación a patologías autoinmunes (alopecia areata o enfermedad tiroidea) y Síndr. Turner.

### Complicaciones

- Fisuras
- Sobreinfecciones
- Alteraciones anatómicas irreversibles: atrofia de labios, enterramiento del clítoris o estrechamiento del introito vaginal.

## CASO CLÍNICO



Niña de 12 años

➔ Antecedentes personales: síndrome polimalformativo (hidrocefalia, artrogriposis y pie zambo bilateral), retraso del desarrollo psicomotor, talla baja y pubertad adelantada en tratamiento (hormona de crecimiento y triptorelina).

➔ Acude a la revisión de salud y refiere lesiones vulvares desde hace 2 meses con prurito, sin otra clínica.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Placas rugosas blanco nacaradas en labios menores y clítoris (figura 1).



Figura 1.

### EVOLUCIÓN

Ante dichas lesiones se **deriva a ginecología**. Regresa a los 2 meses por no mejoría a pesar de antifúngico pautado por ginecólogo privado.

Sospechando un LE genital se prescribe propionato de clobetasol 0,05 % tópico dos veces al día durante 4 semanas.

Se **interconsulta a dermatología**: confirma diagnóstico y pauta mismo tratamiento una vez al día durante un mes y revisión posterior.

A los 15 días de tratamiento está asintomática y con atenuación de lesiones.

Actualmente sigue con el tratamiento y está pendiente de la revisión dermatológica.

## CONCLUSIONES

- El conocimiento por parte del pediatra de AP del LE permite un diagnóstico y tratamiento precoces.
- El tratamiento de elección del LE vulvar (aunque no siempre es curativo), es clobetasol propionato 0,05% tópico.
- Se debe realizar un seguimiento de estos pacientes, pues es rara la remisión espontánea y las complicaciones pueden alterar la anatomía vulvar.

# PRIMERA VISITA AL RECIÉN NACIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

Comino Vázquez, Paloma<sup>a</sup>, Ledesma Albarrán, J.María<sup>b</sup>, Del Castillo Aguas, Guadalupe<sup>c</sup>, Gallego Iborra, Ana<sup>c</sup>.

(a) Centro de Salud La Candelaria, Sevilla. (b) Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.

(c) Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo Málaga-Guadalajara

## Introducción y objetivos

La primera visita al recién nacido en atención primaria (PVRNAP) se debe hacer entre las 48 y 72 horas tras el alta según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

El objetivo principal de este estudio es conocer la relación entre el tiempo pasado desde el alta hospitalaria hasta la PVRNAP en Andalucía y compararlo con la media nacional.

## Métodos

Estudio observacional, prospectivo y analítico realizado por la Red de Investigación en Pediatría de AP (PAPenRED). Se recogieron los datos de todos los RN que llegaban a la consulta de cada pediatra colaborador entre el 1/11/2023 y 31/1/2024. Las variables se seleccionaron para que fueran comparables con los datos obtenidos por PAPenRED en 2014.

## Resultados

2014	Andalucía	España
Pediatras colaboradores 2014	59	330
Casos en 2014	448	2047
Media PRVNAP 2014 (días tras el alta hospitalaria)	<b>14 ± 7,4 días</b>	10,7 ± 6,3 días

2024	Andalucía	España
Pediatras colaboradores 2024	37	242
Casos en 2024	332	1923
Media PVRNAP 2024 (días tras el alta hospitalaria)	<b>15,3 ± 7,9 días</b>	9,3 ± 6,1 días
Profesional que realiza la PVRNAP	Pediatra (90%) Enfermería (7,6%) Ambos (2,4%)	Pediatra (41%) Enfermería (19%) Ambos (40%)
Prevalencia de LME al mes	52%	55%
Prevalencia de lactancia mixta al mes	26%	26%
Prevalencia de lactancia artificial al mes	22%	19%
Recibieron recomendación desde el hospital para la fecha de la primera visita	60,9%	82,9%

En el total de la muestra se establecieron relaciones significativas entre la prevalencia de LME al mes de vida con la indicación al alta hospitalaria de acudir a AP (OR: 1,30; IC 95%: 1,03-1,65).

## Conclusiones

- La PVRNAP se realiza muy tarde en Andalucía, 6 días más tarde que la media nacional.
- El tiempo para la PVRNAP en Andalucía ha empeorado, realizándose de media 1 día más tarde que hace 10 años.
- Recibir una recomendación desde el hospital para la PVRNAP mejora el tiempo para la primera visita y se relaciona de forma significativa con mayor prevalencia de LME al mes.

## HEPATOMEGALIA A ESTUDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

De la Cruz Marín, Marta  
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

### INTRODUCCIÓN



La hepatomegalia es un signo clínico relativamente frecuente en el paciente pediátrico y puede ser debida a una enfermedad hepática o ser un signo más de enfermedades sistémicas.

En su evaluación son fundamentales la anamnesis y la exploración física seguidas de unas exploraciones complementarias razonadas según la edad y la sintomatología.

El diagnóstico temprano es importante ya que pueden existir tratamientos específicos que prevengan la progresión de la enfermedad.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con hepatomegalia donde se confirmó el diagnóstico de **glucogenosis tipo VI**.

### CASO CLÍNICO



Niña de 2 años en seguimiento por estancamiento ponderal desde el mes de vida y distensión abdominal progresiva desde el año de vida. No AP ni AF de interés.

**Exploración física:** talla baja y distensión abdominal con hepatomegalia

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica:** AST/ALT 228/121U/l. Resto sin hallazgos. Celiacía negativa. Estudio de virus hepatotropos y autoinmunidad negativos.
- **Coprocultivo y parásitos** en heces negativos.
- **Ecografía abdominal:** hepatomegalia a expensas de lóbulo derecho con ecoestructura homogénea sin alteraciones vasculares.



**EVOLUCIÓN:** Fue derivada a la unidad de gastroenterología pediátrica. Se solicitó estudio genético detectándose **variante patogénica c.1463C>T en el gen PYGL** en homocigosis compatible con el diagnóstico de glucogenosis tipo VI.

Tras el diagnóstico se monitorizaron las glucemias, que fueron normales y se inició tratamiento dietético.

### CONCLUSIONES



La hepatomegalia es un signo frecuente en diversas patologías, por lo que hay que realizar un estudio dirigido. Las enfermedades metabólicas, aunque infrecuentes, son una de las posibles causas.

Existen varios subtipos de **glucogenosis**. En concreto, el **tipo VI** es una enfermedad rara y benigna que se caracteriza por **hepatomegalia y retraso del crecimiento**. La hepatomegalia normalmente mejora con la edad y desaparece completamente en la pubertad.

El **tratamiento es sintomático**, la dieta es el pilar fundamental evitando el ayuno para evitar hipoglucemias.

# TORTÍCULIS ADQUIRIDA EN PEDIATRÍA... UN AMPLIO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Eloisa De Santiago García-Caró<sup>a</sup>, Lucía Ramirez Martín<sup>b</sup>, Carmen Martínez Fabón<sup>c</sup>, Alfonso Lendinez Jurado<sup>d</sup>, Juana Ledesma Albarrán<sup>e</sup>, Rocio Negrillo Ruano<sup>f</sup>. <sup>a,d,e,f</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. <sup>b,c</sup> MIR-Pediatría. Hospital Materno-Infantil. Málaga. España.

## INTRODUCCIÓN

La tortícolis muscular adquirida es una condición benigna, de curso agudo, que suele resolverse o mejorar en un plazo de 48-72 horas. Si la mejoría no ocurre dentro de este tiempo, es necesario considerar otras posibles causas en el diagnóstico diferencial. Además las anomalías en la exploración neurológica y oftalmológica así como los síntomas respiratorios, disfagia, fiebre o limitación funcional significativa obligan a plantear estudios complementarios.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 19 meses consulta en su pediatra de AP por tortícolis atraumática de 9 meses de evolución, en seguimiento por pediatra privado, sin mejoría a pesar de fisioterapia intensiva (Figura 1). Presenta caídas ocasionales sin ninguna otra clínica asociada. Valorado por oftalmólogo con exploración normal. Realizada Rx cervical sin alteraciones. En la exploración física se evidencia desviación lateral de la cabeza hacia la izquierda con contractura del músculo esternocleidomastoideo ipsilateral sin asimetría craneofacial. El examen neurológico y el resto de exploración resultan normales. No tiene antecedentes de interés.



Figura 1

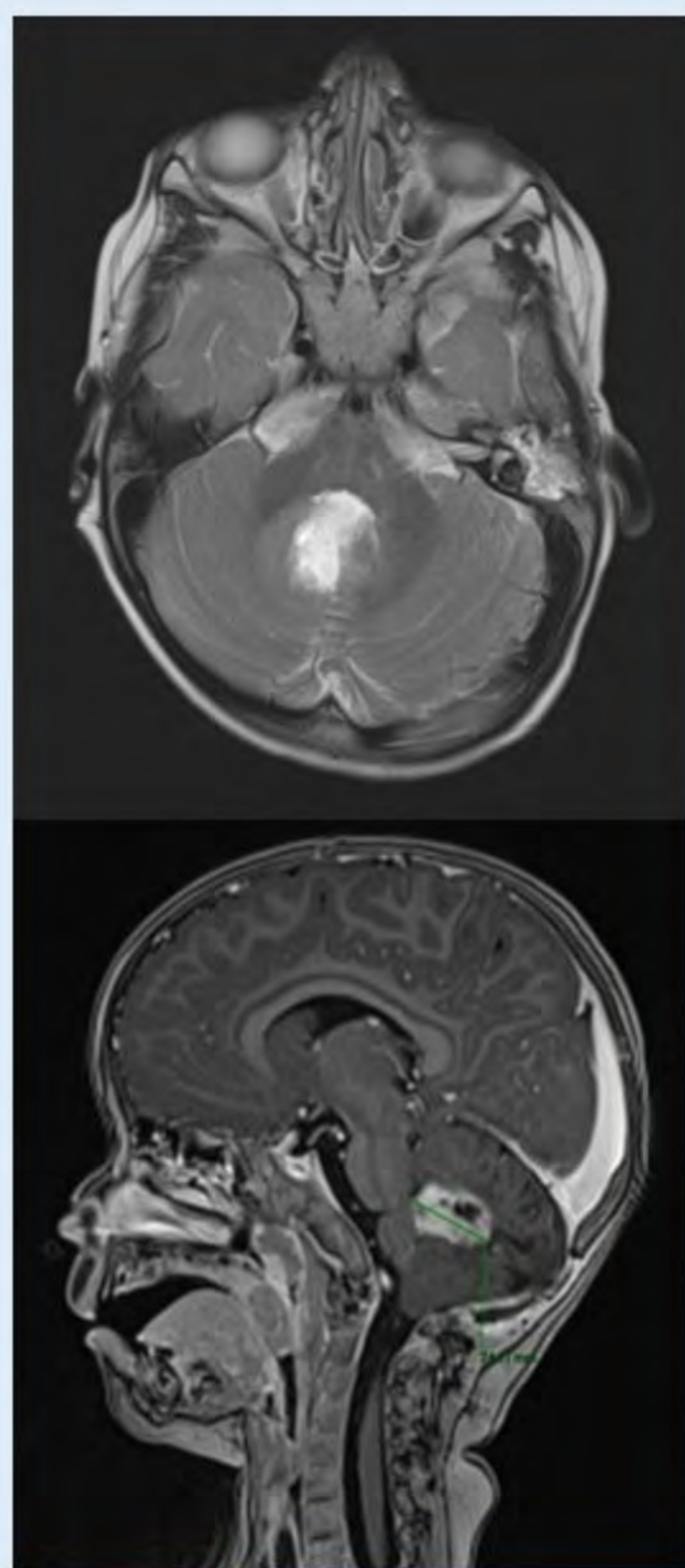


Figura 2

Se deriva al servicio de rehabilitación que solicita la realización de RMN para descartar malformaciones locales.

La RMN se realiza a los 23 meses de edad, evidenciándose lesión focal intraaxial en fosa posterior que afecta al cuarto ventrículo sugestiva de ependimoma o glioma de bajo grado (Figura 2).

Se realiza una resección parcial con biopsia, con resultado de astrocitoma pilocítico de bajo grado con fusión BRAF.

Se inicia tratamiento con Vinblastina 70 semanas presentando buena evolución. En RMN de control a los 4 meses tras finalizar tratamiento se aprecia progresión tumoral por lo que se reinterviene a los 2 años tras la primera intervención realizándose exéresis casi completa. El paciente presenta como única secuela leve parálisis facial derecha, se encuentra estable y continúa con controles radiológicos sin tratamiento en la actualidad.

## DISCUSIÓN:

La tortícolis se describe como un posible síntoma precoz en tumores de fosa posterior, aunque con el tiempo tienden a presentarse síntomas acompañantes de hipertensión intracraneal (cefalea, vómitos...). No obstante, el diagnóstico y consiguiente tratamiento suele demorarse en muchos casos, por no considerarse de entrada como parte del diagnóstico diferencial, como pasó con nuestro paciente. A pesar de la alta supervivencia del astrocitoma pilocítico, existen otros tumores de fosa posterior con diagnóstico más sombrío y una alta tasa de secuelas por lo que es necesario incluir este diagnóstico diferencial cuando nos encontramos ante una tortícolis adquirida con evolución tórpida.





# ¿Han cambiado las derivaciones a Atención Temprana tras la pandemia?



Autores:

Escobar Muñoz María José<sup>1</sup>, Ureña Ruiz Pilar<sup>2</sup>, Garach Gómez Ana<sup>3</sup>, Jiménez Castillo María Inés<sup>3</sup>, García del Moral Ana<sup>1</sup>

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada<sup>1</sup>

Hospital Universitario Clínico San Cecilio<sup>2</sup>

Centro de Salud Zaidín Sur, Granada<sup>3</sup>

## Introducción

La atención temprana (AT) busca mejorar las capacidades del niño menor de 6 años, las cuales están condicionadas por factores genéticos y ambientales del tipo biológico, psicológico y social.

El factor social ha presentado cambios drásticos en los últimos años, destacando la pandemia por SARS-Cov2 (año 2019).

## Objetivos

1. Determinar el porcentaje de pacientes derivados a AT desde un cupo de pediatría de atención primaria.
2. Analizar las variables sexo, edad, diagnóstico y ascendencia extranjera de los pacientes atendidos en AT y conocer cómo se distribuyen durante la pre-pandemia (2012-2019) y post-pandemia (2020-2024).

## Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional realizado en el mes de diciembre de 2024, con recopilación de datos de niños derivados a AT pertenecientes a un cupo de pediatría de centro de salud urbano. n=114 pacientes.

Variables:

- Sexo, edad, nacionalidad.
- Derivación a CAIT.
- Motivo de derivación.
- Derivación antes y después de la pandemia.



## Resultados

### Derivaciones totales a AT

114 pacientes (13% cupo)

71,1% varones

Edad media de 2,66 años  $\pm$  DS 1,07

14,9% descendientes de extranjeros

74% recibieron atención en el CAIT

Derivaciones más frecuentes: trastorno del lenguaje (26,3%), retraso evolutivo (26,3%) y trastorno de comunicación (7%).

69,3% fueron derivados tras la pandemia

### Cambios post pandemia

Antes de la pandemia los varones fueron un 68,6%, ascendiendo a 72,2% tras la misma.

La edad media  $\pm$  DS pre-pandemia fue de 2,74  $\pm$  1,16 y postpandemia 2,64  $\pm$  1,03

La derivación de niños descendientes de extranjeros aumentó de un 5,7% pre-pandemia a un 19% post-pandemia (p 0,066)

En post-pandemia, la derivación por trastorno del lenguaje no varió, pero aumentaron las derivaciones por retraso evolutivo del 23,3% al 76,7% y los trastornos de relación comunicación del 31,3% al 68,8% ( $\chi^2(4) = 11,7$ , p =0,02)



## Conclusiones

- Nuestro estudio muestra un aumento de derivación en niños con padres de nacionalidad extranjera en los últimos años.
- Tras la pandemia se han incrementado las derivaciones por retraso evolutivo y trastorno de relación comunicación.
- Sería conveniente aumentar muestra y valorar cómo han evolucionado las derivaciones a AT desde otros cupos de atención primaria.



## IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

Fernández Campos María Amparo, Valles Valverde Carla, Jiménez Fernández Amparo, Partal Rodríguez Santiago.

### INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía informa, en 2020, de su intención de incluir la Enfermería Pediátrica como pieza clave en la Atención Primaria Pediátrica. Sin embargo, es en enero de 2023, cuando empieza a incorporarse esta figura en las Unidades de Gestión Clínica (UGC), y a día de hoy, su incorporación es irregular y deficiente, no teniendo en cuenta la especialidad para su contratación.

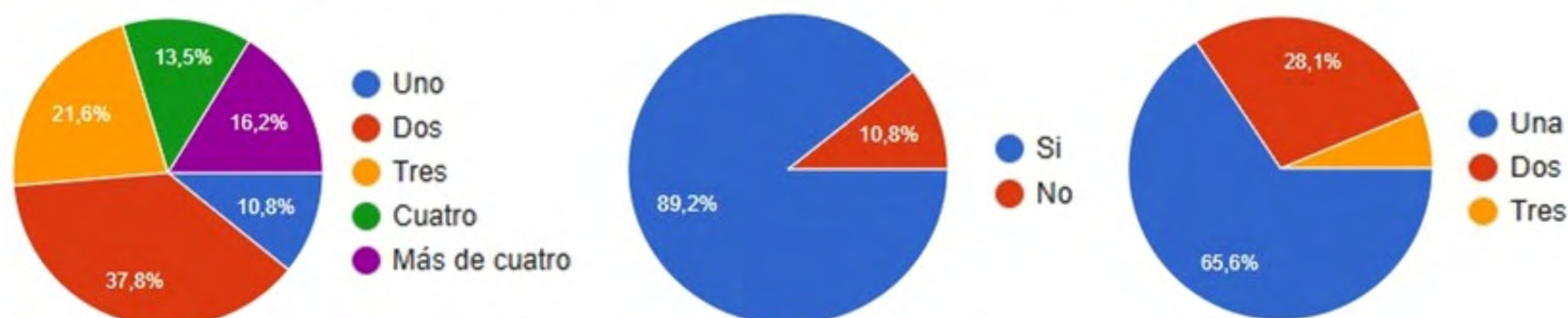
### MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, mediante cuestionario de google enviado a los pediatras del Distrito Almería y del Distrito Poniente de la provincia de Almería.

### RESULTADOS

El Distrito Almería cuenta con 45 cupos de Pediatría, 27 ocupadas por pediatras y 18 por médicos de familia (MF) y el Distrito Poniente cuenta con 34 cupos, 10 ocupados por pediatras y 24 por MF. Han contestado la encuesta 37 personas, un 46.8% del total de los cupos de Pediatría de ambos Distritos.

El 89,2% de las UGC cuentan con enfermera con dedicación a Pediatría. Ninguna UGC cuenta con paridad pediatra/enfermera/o. Solo 18 de los encuestados disponen de enfermera/o todos los días de la semana.



En ninguna UGC existen agendas coordinadas, el 72.9% pueden coordinarse sólo para Programa de Salud Infantil (PSI) y el resto no se coordinan nunca. Sólo un 31.4% realizan visitas conjuntas del PSI.

En ninguna UGC existen agendas coordinadas, el 72.9% pueden coordinarse sólo para Programa de Salud Infantil (PSI) y el resto no se coordinan nunca.

El 75.6% no cuenta con enfermera especialista en Pediatría, sino que dispone de enfermería comunitaria con función en Pediatría.

El 83.3% de los encuestados considera que la Enfermería Pediátrica es fundamental.

### CONCLUSIONES

- ✓ La figura de Enfermería Pediátrica es fundamental para una atención de calidad. Sin embargo, la incorporación a las UGC es aún muy limitada.
- ✓ Es necesario que se potencien las Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP, integradas por un pediatra y una enfermera, trabajando de forma complementaria en relación a una misma población.



# ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javier Ferrera Méndez. Inmaculada Gavilán García. Centro de Salud Sector Sur (Santa Lucía) Córdoba.

## INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil es la enfermedad reumática crónica más frecuente en Pediatría.

Puede ser poliartrosis u oligoartritis, según si se afectan más o menos de 5 articulaciones.

La articulación más comúnmente afectada es la rodilla, aunque también pueden darse en otras menos frecuentes como en el tobillo.

Este tipo de patologías pueden presentar complicaciones extraarticulares, a destacar por su relativa frecuencia la uveítis, como ocurre en este caso.

## RESUMEN DEL CASO

Paciente de 6 años que presentó un cuadro de 6 semanas de evolución de dolor en tobillo izquierdo sin traumatismo previo. Comienza en la mañana y empeora a lo largo del día. Afebril durante todo el proceso.

### URGENCIAS

Valorado hasta en dos ocasiones con diagnóstico de esguince.

### CENTRO DE SALUD

#### ANALÍTICA:

- Alterado: elevada velocidad de sedimentación globular y ANAs (anticuerpos antinucleares) positivos.
- Normales: hemograma, bioquímica, serologías virales y hormonas tiroideas.

#### PRUEBAS DE IMAGEN:

- Radiografía: sin fracturas con edema de partes blandas.
- Ecografía: inflamación de las paredes articulares sin derrame, con diagnóstico de tenosinovitis probable reactiva.



Imagen 1. Radiografía del paciente.



Imagen 2. Ecografía del paciente.

### INGRESO HOSPITALARIO

- Artrocentesis: líquido normal e infiltración de corticoides.
- Oftalmología: diagnostican de uveítis anterior y pautan tratamiento.
- Cardiología: ecocardiograma normal.

Finalmente, con la suma de clínica y afectación Oftalmológica, se llega a diagnóstico de **Artritis Idiopática Juvenil**.

### ACTUALIDAD

- Tratamiento con metrotexato.
- En remisión clínica, mejoría del dolor y de la inflamación.
- En seguimiento por Oftalmología y en su Pediatra de atención Primaria.

## CONCLUSIONES

- ❖ La atención primaria es fundamental para diagnosticar enfermedades poco frecuentes, gracias al seguimiento continuado.
- ❖ Ante cuadros de dolores articulares prolongados, pensar en la posibilidad de artritis no infecciosa, aunque sean en articulaciones atípicas.
- ❖ Ante la sospecha de un cuadro de artritis idiopática juvenil, no debemos olvidar la necesidad de valoración multidisciplinar.
- ❖ Ante un caso de artritis idiopática juvenil tener en cuenta la afectación de otros aparatos y sistemas, principalmente la afectación oftalmológica.

# Parotiditis recurrente juvenil como manifestación extraintestinal de la Enfermedad Celíaca. A propósito de un caso



Ana García del Moral <sup>1</sup> Vega Almazán Fernández de Bobadilla <sup>1</sup>. María de la Paz Guarnido Rodríguez<sup>1</sup> Manuela Fernández García <sup>2</sup>. Inés Vico Marín <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Residente de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

<sup>2</sup> Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Maracena. Distrito Sanitario Granada Metropolitano

## INTRODUCCIÓN

La parotiditis recurrente juvenil (PRJ) es una inflamación repetitiva no supurativa de la glándula parótida, generalmente de causa idiopática o asociada a enfermedades sistémicas, autoinmunes, infecciones virales recurrentes, déficit de células Natural Killers o alteración anatómica de los conductos salivales. Se presenta como inflamación dolorosa de una o ambas parótidas de forma recurrente junto a fiebre leve y eritema. Se ha observado una posible asociación con la enfermedad celíaca (EC) como posible manifestación extraintestinal debido a mecanismo autoinmune, malabsorción de nutrientes con disfunción de glándulas exocrinas y predisposición genética por HLA-DQ2/DQ8. El tratamiento es sintomático mediante analgésicos, antiinflamatorios, hidratación y tratamiento de la causa subyacente.

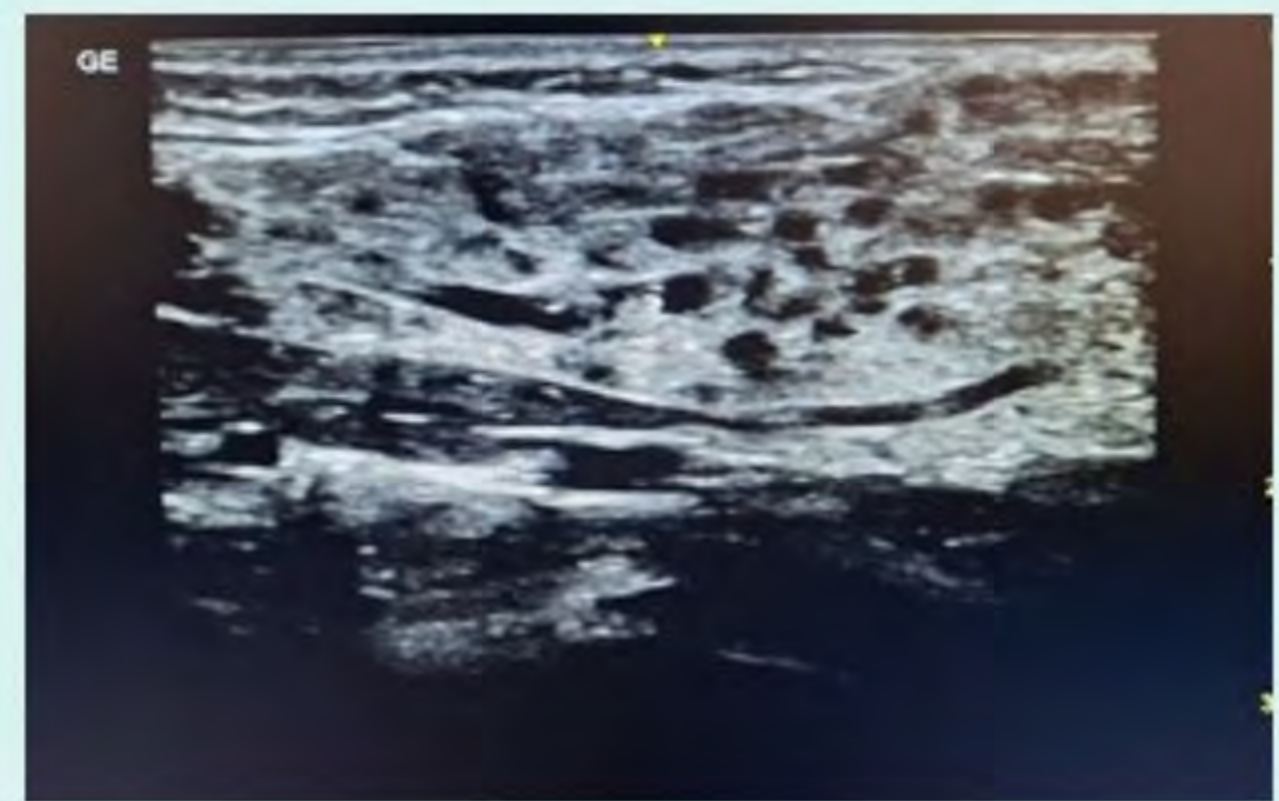
## CASO CLÍNICO

- ✓ Paciente de 4 años
- ✓ Antecedentes: dos episodios de parotiditis derecha
- ✓ Motivo de consulta: tercer episodio de inflamación parotídea derecha y eritema facial más exantema en miembros.



### ESTUDIO ECOGRÁFICO EN CONSULTA

Aumento de tamaño de la glándula parotídea hasta 29x12,79mm con aumento de la ecogenicidad, dilatación de acinos y múltiples adenopatías reactivas en su interior



### ANÁLISIS CLÍNICOS

- ✓ PCR parotiditis negativa
- ✓ Serología IgM positiva para Parvovirus B19
- ✓ Ac Antitransglutaminasa IgA y Antiendomiso en dos muestras >10 UI/ml.



Derivación a Aparato Digestivo Pediátrico con confirmación de celiaquía

### DIAGNÓSTICO:

Parotiditis juvenil recurrente derecha y megaloeritema por Parvovirus B19

## COMENTARIOS

- ✓ La PRJ es la segunda enfermedad infantil más común de las glándulas salivales.
- ✓ Algunos casos pueden ser la manifestación de otras enfermedades sistémicas como la EC.
- ✓ Aunque el diagnóstico es clínico, la ecografía clínica puede ser de ayuda



Ante un niño con PRJ de causa desconocida, se recomienda evaluar la posibilidad de enfermedad celíaca, incluyendo la determinación de serología específica de EC.



# Linfangitis asociada a picadura de insecto, a propósito de un caso.

Autores: García Iglesias, Francisco<sup>1</sup>; García Lara, Gracia M<sup>a2</sup>.

<sup>1</sup>Pediatra EBAP. C.S.Albaycin. Granada. <sup>2</sup>FEA Pediatría. Hospital Comarcal Baza.

## Introducción.

La linfangitis aguda infecciosa es la inflamación de los conductos linfáticos debido a la entrada por la piel de gérmenes en los vasos linfáticos por una herida o como complicación de una infección distal. Es una complicación poco frecuente pero suele ocurrir en heridas que están sobreinfectadas y las bacterias más frecuentemente implicadas son *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*. Es menos común que se asocie a heridas limpias como es el caso de una erosión o una picadura de insecto donde puede individualizarse el manejo del cuadro clínico



Paciente de 6 años de edad que sufre picadura de insecto en pierna izquierda a nivel medial de rodilla. A las pocas horas presenta lesión redondeada enrojecida, sensible al tacto, con aspecto “dianiforme”: a nivel central presenta lesión circular rojiza rodeada de halo blanquecino con alguna zona amoratada y en periferia otro halo rojizo de menor intensidad que el central. Desde la lesión descrita parte otra lesión de trayecto lineal que va desde la zona de picadura y llega hasta zona ganglionar inguinal. No asocia fiebre, cefalea ni otra sintomatología.

Al no mostrar signos de impetiginización se decidió tratar con antiinflamatorios sistémico y tópico presentando resolución del cuadro en el transcurso de 48 horas. Al realizar auditoria del caso entablamos debate por la conveniencia del uso de antibioterapia empírica de forma sistémica establecida en las guías de práctica clínica consultadas.

## Conclusiones.

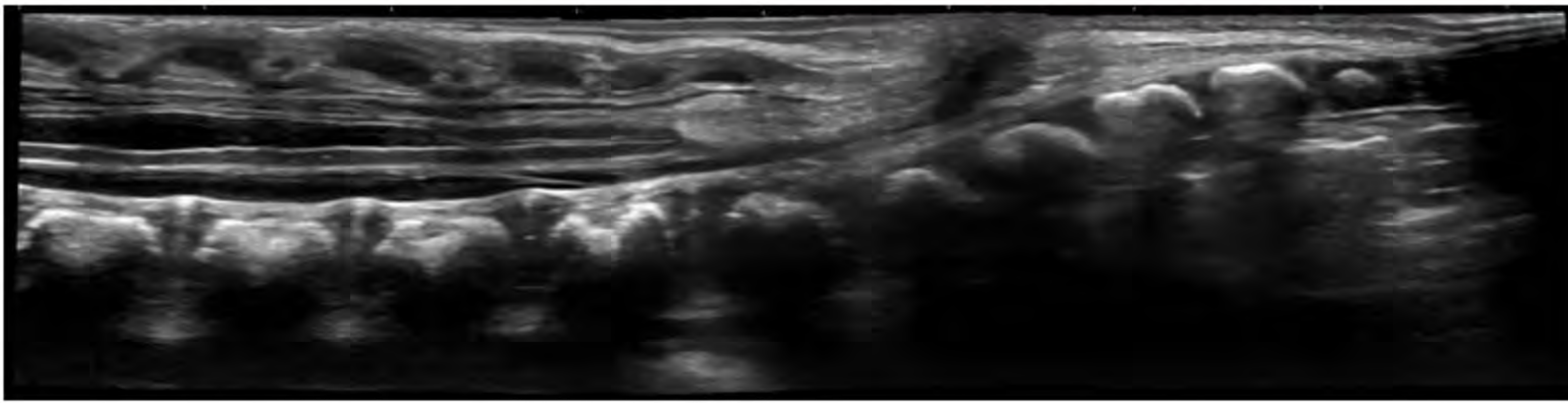
- 1) El diagnóstico de esta entidad denominada linfangitis, es puramente clínico bastando con una adecuada anamnesis y exploración física. Solo en caso de asociar malestar general, será necesario realizar alguna prueba complementaria como una analítica sanguínea.
- 2) Por lo general y de forma sistemática se administra antibiótico oral asociado a fármacos para el alivio sintomático como antihistamínico, antiinflamatorio y/o corticoide tópico. En nuestro caso la resolución espontánea tuvo lugar únicamente con el manejo antiinflamatorio. Abogamos por esto a individualizar el tratamiento siempre y cuando haya posibilidad de seguimiento clínico cercano del caso.
- 3) En cuadros potencialmente graves debido a su facilidad para pasar al torrente sanguíneo el tratamiento con antibioterapia empírica sistémica y precoz es prioritario.



# PEQUEÑAS RAREZAS, GRANDES HALLAZGOS

Autores: García Lara, Gracia M<sup>a</sup>; Martínez Rodríguez, Jose Emilio  
FEA Pediatría. Hospital Comarcal de Baza. Granada

Los estigmas cutáneos a nivel sacrococcígeo pueden ser múltiples y engloban desde malformaciones con el tejido neural expuesto disrafismo espinal expuesto (DEE) o abierto, hasta otros más sutiles o imperceptibles cubiertos por piel (DEC), cerrado u "oculto". También es frecuente encontrar hallazgos cutáneos en dicha zona que no implican lesión a nivel del tubo neural. Conocer los signos de alarma de todas las lesiones que podemos encontrar en la zona permitirán al Pediatra la detección precoz y en algún caso la intervención neuroquirúrgica temprana, para evitar complicaciones y secuelas neurológicas.



## Resumen del caso:

Presentamos el caso de un recién nacido varón, hijo de madre con antecedente de lesión cutánea a nivel sacrococcígeo al nacimiento no especificada (no DEO). Cursa con embarazo controlado y parto eutócico. Presenta en la exploración física al nacimiento apéndice a nivel lumbar de unos 2cm de longitud, asociando a nivel inferior de este, lesión-tracto subcutáneo palpable compatible con posible lipoma y en tercer lugar, seno dérmico subyacente, sin secreción a través de este. El apéndice presenta movilidad tras la estimulación cutánea del área adyacente lo que sugiere la posibilidad de tratarse de una "cola verdadera o humana". El paciente presenta movilidad, tono, postura y reflejos tanto arcaicos como osteotendinosos normales a nivel de miembros inferiores. La ecografía de canal vertebral visualiza un disrafismo espinal complejo consistente en lipomielomeningocele de 16 x 5 mm, que asocia lipoma intradural, médula anclada y siringomielia desde D12 a L4 con dimensiones de 31 x 3 mm. Es valorado por Neurocirugía y queda pendiente de la realización de RMN holomedular para plantear cirugía precoz.

## Conclusiones:

- 1) La asociación de varios marcadores cutáneos aumenta en gran medida la probabilidad de tener un DEC. La presencia de una sola lesión cutánea en línea media lumbo-sacro-coccígea solo asocia disrafismo en un 3-8% de los casos.
- 2) La cola humana verdadera es una entidad clínica rara. Constituye un marcador cutáneo de gran peso clínico por alta probabilidad de DEC. La diferenciación con lo que se conoce como "pseudocola", depende de su composición interna y capacidad de movimiento espontáneo o reflejo.
- 3) La importancia del caso radica, independientemente de la naturaleza de la lesión, en poder prevenir el daño neurológico progresivo asociado a una médula anclada.



# A propósito de un caso: “Hallazgo casual en iris durante la primera revisión de un neonato”

Sonia García Navarrete<sup>a</sup>, Elena López Vargas<sup>b</sup>. <sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Almodóvar, Córdoba, España.



Fotografía ojo izquierdo tomada en revisión

## 2 EXPLORACIÓN FÍSICA

- No leucocoria ni estrabismo.
- No alteración de morfología o tamaño del globo ocular.
- Ojo derecho normal.
- Reflejo rojo bilateral conservado.



## 3 DISCUSIÓN



- COLOBOMA DE IRIS: pupila en “ojo de cerradura” con desviación hacia cuadrante inferonasal.
- Defecto congénito raro (1.3/10.000 nacidos vivos en España). Mayoría esporádicos.
- Unilateral/bilateral (más frecuente), fotofobia, microftalmia, alteración agudeza visual si afectación coriorretiniana y del nervio óptico.
- Síndromes asociados: CHARGE, Kabuki, Mowat-Wilson, Joubert.

## 1 ANAMNESIS



- Neonato de 15 días de vida.
- Primera revisión del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria.
- Parto vaginal eutócico a las 38+3 semanas de gestación.
- No antecedentes familiares de patología oftalmológica.

## 4 CONCLUSIONES



- Diagnóstico clínico.
- Derivar a Oftalmología para descartar afectación visual.
- Exploración física completa para descartar síndromes polimalformativos.
- Importancia de las revisiones del Programa de Salud Infantil por el Pediatra de Atención Primaria para la detección precoz de enfermedades oftalmológicas congénitas y perinatales. Fundamentales en la salud visual y el desarrollo posterior del niño.

## A propósito de un caso:

# “Paciente con placa hiperqueratósica descamativa en cuero cabelludo de 2 meses de evolución ”

Sonia García Navarrete<sup>a</sup>, Elena López Vargas<sup>b</sup>. <sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Almodóvar, Córdoba, España.

### 1 ANAMNESIS



- Varón de 6 años.
- Lesión en cuero cabelludo de 2 meses de evolución. No dolorosa ni pruriginosa.
- No antecedentes personales ni familiares de interés.
- Correctamente vacunado.
- Niega contacto con animales.



Fotografías de la lesión cutánea en cuero cabelludo

### 2 EXPLORACIÓN FÍSICA



- Placa alargada de 5x3 centímetros, descamativa, hiperqueratósica, plateada y bien adherida al cuero cabelludo en región parietal. Asocia alopecia.
- Resto de la exploración física normal.

### 3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

#### DIAGNÓSTICO DE FALSA TIÑA AMIANTÁCEA

Falsa tiña amiantácea	Psoriasis	Dermatitis seborreica	Dermatitis atópica	Tinea capitis
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Una o varias placas queratósicas plateadas muy adheridas al cuero cabelludo</li> <li>→ Pueden asociar alopecia transitoria</li> <li>→ En ocasiones pruriginosa</li> <li>→ No dolorosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Placas eritematosas con descamación plateada, placas alopécicas con pelos rotos y descamación grisácea</li> <li>→ Áreas de extensión</li> <li>→ No pruriginosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Placas eritematosas con descamación amarillenta grasienta (costra láctea)</li> <li>→ Cejas, surco nasogeniano, retroauricular, región preesternal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Placas xeróticas y eccemas recidivantes en determinadas localizaciones según la edad</li> <li>→ Atopia en otros familiares</li> <li>→ Prurito intenso</li> <li>→ Evolución crónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Placas alopécicas con pelos rotos y descamación grisácea</li> <li>→ Suele asociar alopecia</li> <li>→ En ocasiones pruriginosa</li> </ul>



### 4 TRATAMIENTO



- Ciclopirox.
- Calcipotriol/betametasona.
- Resolución en mes y medio.

### 5 CONCLUSIONES



- Diagnóstico clínico.
- Tratamiento: antifúngicos tópicos, queratolíticos suaves y antibióticos tópicos si sobreinfección.
- Controles periódicos hasta resolución.

# QUÉ SON ESAS MANCHAS QUE TIENE MI HIJA

Paloma García Peces<sup>1</sup>, Francisco Javier Garrido Torrecillas<sup>2</sup>

1. MIR Pediatría, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

2. FEA Pediatría, Centro de Salud Churriana de la Vega, Granada



## INTRODUCCIÓN

La mastocitosis es una enfermedad infrecuente. Su prevalencia es de 9 casos por cada 100.000 habitantes. Se debe a la acumulación de mastocitos en la piel, médula ósea y tracto gastrointestinal.

## RESUMEN DEL CASO

Niña de 5 años que consulta por manchas hiperpigmentadas en la frente de meses de evolución, no pruriginosas. Estas lesiones aumentan con el calor o el roce.

- Exploración física: Máculas eritematosas en tronco, polo cefálico y zonas retroauriculares.



### Derivación a Dermatología:

- **Biopsia:** infiltrado perivascular y perianexial rico en mastocitos (>50 mastocitos/mm<sup>2</sup>), con escasos eosinófilos, concordante con mastocitosis. Estudio genético C-KIT negativo.
- **Control analítico:** triptasa sérica 5.8 ng/ml, hemograma y bioquímica normales.

JUICIO CLÍNICO: MASTOCITOSIS MACULOPAPULAR

**Tratamiento:** antihistamínicos orales a demanda y seguimiento periódico con monitorización de triptasa.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- La forma más frecuente de mastocitosis cutánea es la maculopapular. Consiste en múltiples lesiones pigmentadas eritematosas o marrón-pardusco, con borde mal definido, generalmente en tronco. La clínica sistémica se basa en crisis de flushing, prurito, cefalea, palpitaciones, dolor cólico abdominal y, en ocasiones, vómitos y diarrea. Las formas familiares se asocian a mutaciones en C-KIT.
- El diagnóstico es clínico, siendo patognomónico el signo de Darier. Debe completarse el estudio con hemograma, bioquímica con perfil hepático y triptasa sérica periódica, ya que unos valores de esta proteasa >20 ng/mL constituyen un criterio de mastocitosis sistémica y se asocian con formas extensas y riesgo de anafilaxia. La biopsia se realiza en caso de duda diagnóstica.
- El tratamiento es sintomático, evitando desencadenantes de la degranulación de los mastocitos: cambios bruscos de temperatura, calor, irritabilidad, fricción o toma de ciertos fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, opioides y anestésicos). Además se asocian antihistamínicos, cromoglicato sódico y antagonistas de los leucotrienos.
- Su pronóstico es bueno, persistiendo en edad adulta en menos de un 10% de los casos.





## Estreñimiento y fallo de medro



Marina García Sanz, Ivan Arévalo Ruiz, Laura Jurado Tabares, Blanca Navarro  
Hospital Reina Sofía, Servicio de Pediatría

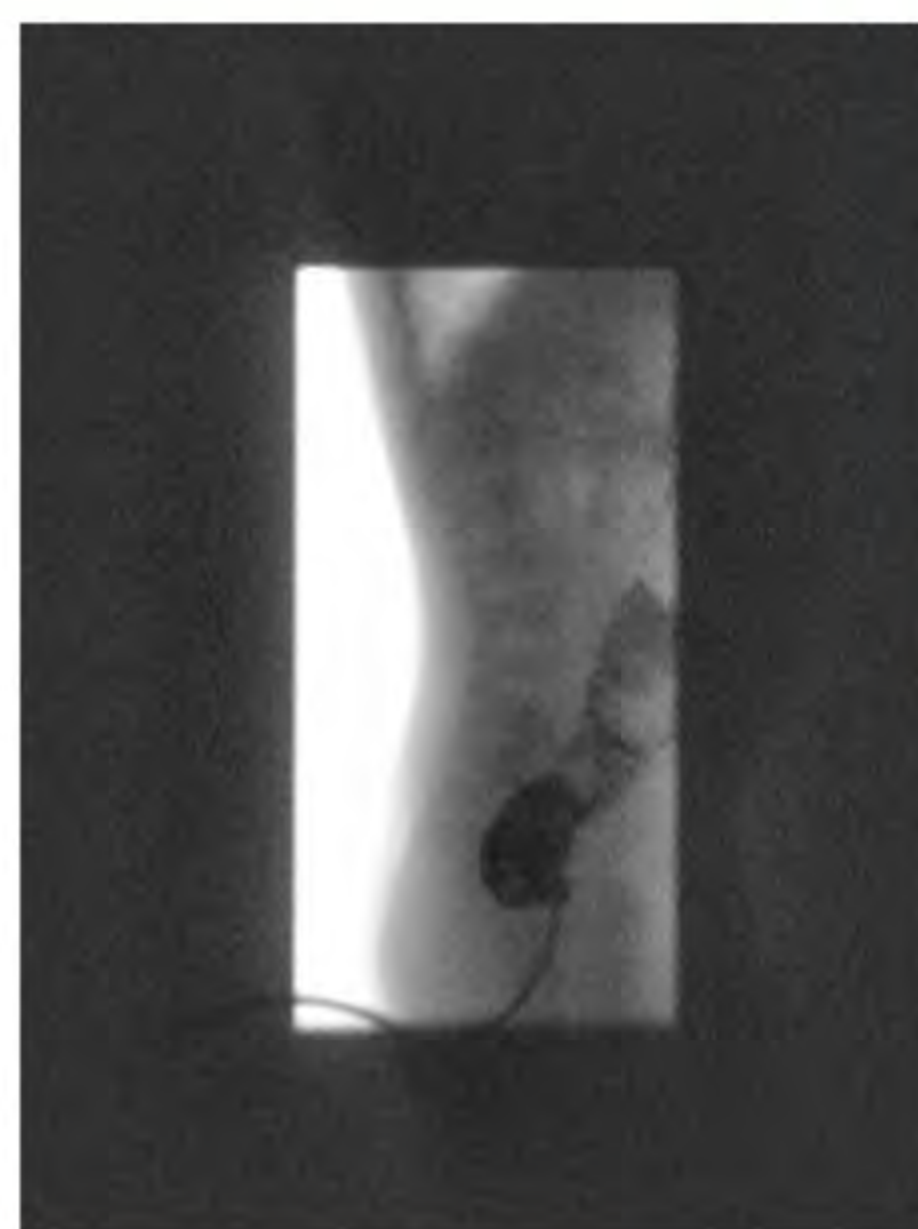
Presentamos el caso de un lactante con antecedentes de retraso en la eliminación del meconio (a las 48 horas) y estreñimiento crónico con mala respuesta a laxantes orales. Embarazo bien controlado. Serologías negativas. EGB negativo. EG 41+1. PN: 3150g. Ingreso en neonatos por distrés respiratorio 48h.

En los últimos meses precisa estimulación anal y enemas para evacuar y, además, se establece un fallo de medro.

Se comenzó el estudio con una analítica general, sin hallazgos excepto alergia a las proteínas de leche de vaca. Se modifica la alimentación pero persiste la clínica.

A los 10 meses consulta en urgencias por irritabilidad, vómitos y decaimiento, presentando una gran distensión abdominal.

- **Rx abdomen:** dilatación del colon sigmoide con heces en ampolla rectal, sugiriendo una obstrucción mecánica baja.
- **Ecografía abdominal:** descarta invaginación o alteraciones estructurales, pero muestra importante meteorismo y dilatación del marco cólico.



Biopsia rectal  
confirmación  
diagnóstica

Manometría  
anorrectal:  
ausencia de  
Reflejo  
inhibitorio  
rectoanal

Enema opaco:  
cambio de  
calibre en  
unión recto-  
sigmoidea

### Enfermedad de Hirschsprung:

es debida a la ausencia congénita del plexo autónomo de Meissner y Auerbach en la pared intestinal, habitualmente en el segmento distal del colon.

La clínica es muy variable, los casos graves debutando con retraso de más de 48h en la eliminación de meconio o incluso signos de obstrucción. Los casos moderados o leves pueden presentar estreñimiento crónico progresivo, leve o intermitente, con episodios interpuestos de diarrea leve; conllevando un retraso en el diagnóstico.

Su inclusión en el diagnóstico diferencial del estreñimiento es fundamental para evitar complicaciones como la enterocolitis, que puede ser muy grave y una causa importante de mortalidad en niños con esta enfermedad.

También, debido a que en lactantes pueden mostrar retraso del crecimiento, debemos tenerlo en cuenta en casos como el aquí presentado, e incluirlo en el amplio diagnóstico diferencial del fallo de medro.

Es importante destacar que alrededor del 20-25% de los pacientes tienen otra anomalía congénita, por lo que será importante descartar anomalías asociadas.



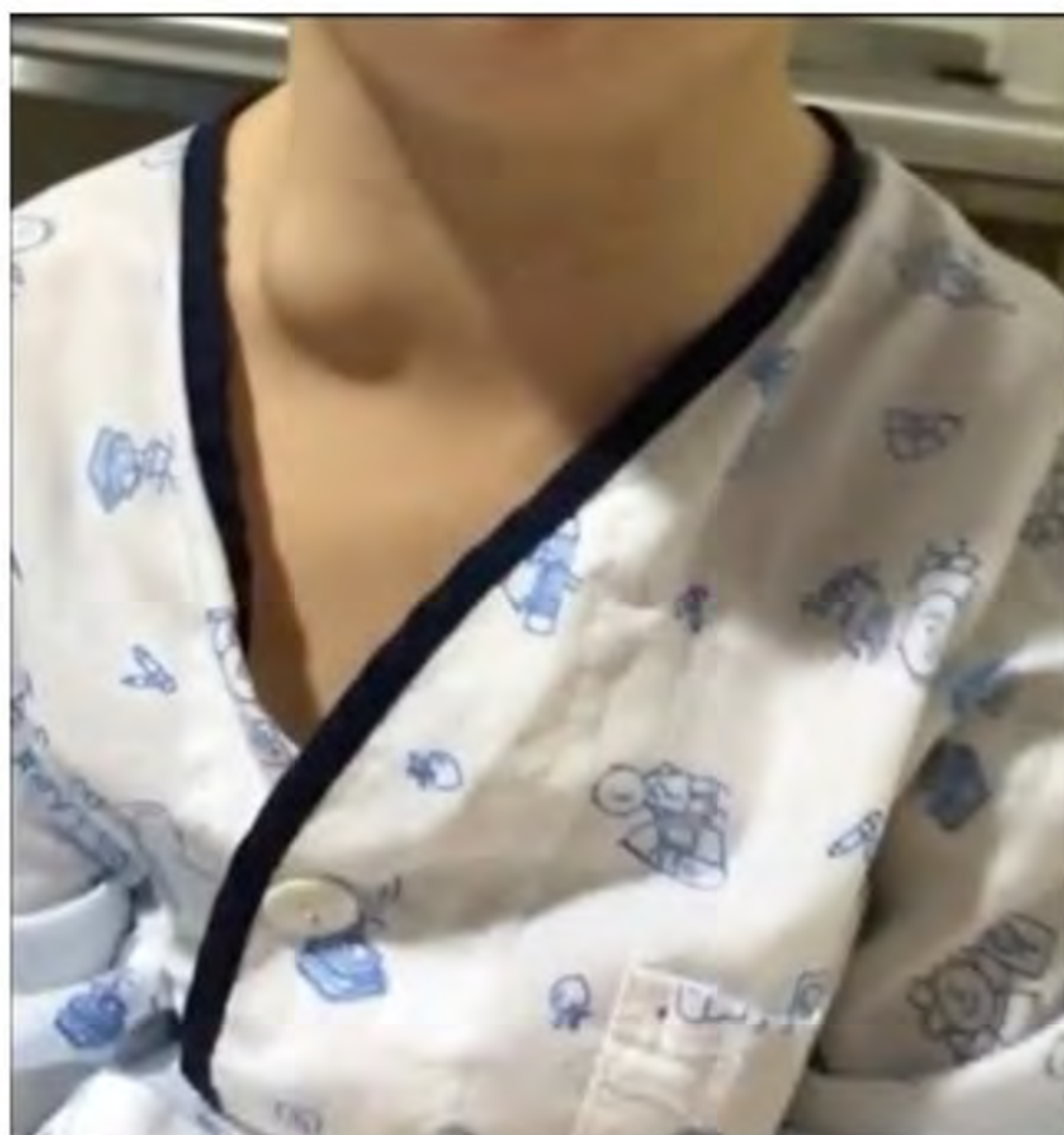


## Tumoración cervical con la tos y la risa



Marina García Sanz, Javier Torres Borrego, Josefina Vicente Rueda  
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Unidad de Neumología y Alergia Pediátricas. Servicio de Radiodiagnóstico.

Presentamos el caso de un niño que presenta una masa cervical derecha desde los 5 años que protruye con la tos o la risa. Dicha lesión no le produce cambios en la voz ni disfagia. Como antecedente de interés, fue diagnosticado a los 2 años de acroosteodisplasia dominante o síndrome de Hajdu-Cheney, por alteración en el gen NOTCH2, que cursa con anomalías de la osificación, laxitud articular e infecciones respiratorias recurrentes, entre otras características clínicas.



Ante la sospecha inicial de herniación de ápex pulmonar, se solicitó ecografía cervical, en la que se observó asimetría de ambas venas yugulares.

Fig 1: vena yugular derecha



Fig 2: vena yugular izquierda



**Ecografía cervical:** segmento de mayor calibre en la vena yugular interna derecha (14.5 mm x 11.7 mm) respecto a la izquierda (12.6 mm x 7.8 mm), ambas en reposo. Durante la exploración **ecográfica dinámica**, el segmento ectásico de la vena yugular interna derecha se distendía de forma marcada con la tos y la maniobra de Valsalva (17.1 mm x 12.7 mm). No se observaron trombos en su interior ni alteraciones en el flujo Doppler.

La **flebectasia** o dilatación de la vena yugular se manifiesta clínicamente como una tumoración cervical asintomática, perceptible solo en circunstancias que aumentan la presión intratorácica (tos, llanto o maniobra de Valsalva). Es una entidad rara dentro del diagnóstico diferencial de las masas cervicales y tiene un curso benigno, con crecimiento lento o estabilidad. Aunque podrían ocurrir trombosis, embolismo pulmonar o rotura venosa, no se conocen casos. Esto justifica una actitud conservadora. La asociación con el síndrome de Hajdu-Cheney no ha sido estudiada, por lo que no se puede asegurar que la hiperlaxitud sea un factor de riesgo su desarrollo.

El diagnóstico diferencial incluye masas cervicales como tumores o quistes del mediastino superior, laringoceles, faringoceles, hernias pulmonares cervicales y malformaciones linfáticas o arteriovenosas. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía Doppler cervical, mientras que el TC, la RM o la angiografía venosa se reservan para casos con extensión craneal o torácica.

# Palpitaciones y ejercicio en pediatría

González Garrido, Silvia; Martínez Carretero, Marta; Alonso Peña, Pablo

## INTRODUCCIÓN

Las palpitaciones son la percepción del latido del corazón de forma más intensa o frecuente de lo habitual. En pediatría suelen ser benignas y responden a factores como fiebre, ejercicio, anemia, ansiedad o medicación. Es fundamental realizar una historia clínica detallada, incluyendo antecedentes familiares de cardiopatías, características de los latidos, factores desencadenantes, síntomas asociados (presíncope, síncope o dolor torácico), o el uso de medicación. Se recomienda realizar un ECG cuando las palpitaciones se acompañan de síntomas como dolor torácico o síncope, o si ocurren en el momento de máximo esfuerzo al realizar ejercicio físico.

## RESUMEN DEL CASO

Paciente de 12 años que en los últimos meses ha presentado varios episodios de palpitaciones, asociadas a dolor torácico. Le han ocurrido tanto en reposo como jugando a fútbol. No síncope ni sensación de mareo. Se inician y finalizan de forma brusca. Niega consumo de medicación o drogas. Afebril.

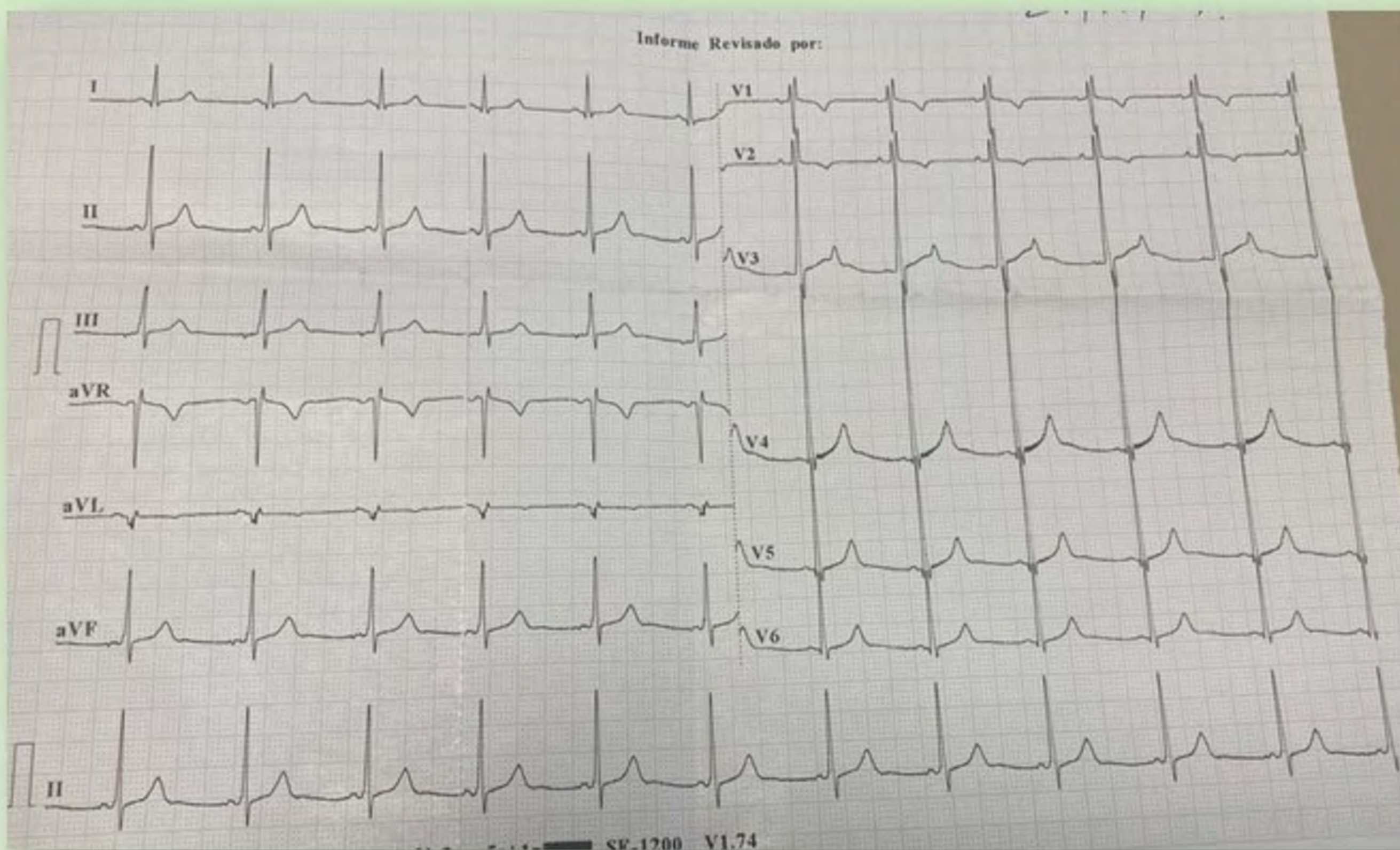
Exploración física: buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No tiraje ni taquipnea. Resto anodino.

Se solicita ECG (electrocardiograma) que se realiza estando asintomático: ritmo sinusal a 60 lpm, eje normal, PR corto de 0.08 msg, hemibloqueo de rama derecha, sin alteraciones aguda de repolarización. QTc 440 ms. Onda delta en cara inferior (II, III, aVF).

Se amplía historia clínica: no antecedentes personales de interés.

Antecedentes familiares: tío abuelo paterno con marcapasos desde joven (no sabe causa). No otros antecedentes de cardiopatía ni de muerte súbita.

Antes dichos hallazgos, se deriva a Cardiología, donde solicitan ergometría y Holter.



## CONCLUSIONES

- Las palpitaciones asociadas a síncope, especialmente durante el ejercicio, obligan a descartar una etiología cardíaca. Aunque la asociación de dolor torácico y palpitaciones durante el ejercicio no siempre indican patología cardíaca grave, se recomienda realizar un ECG.
- El síndrome de preexcitación ocurre cuando el impulso eléctrico de las aurículas se transmite a los ventrículos por una vía accesoria además de por la vía normal, lo que se refleja en un ECG con un intervalo PR corto, onda delta y QRS ancho.
- Este síndrome puede generar taquicardias supraventriculares, y si se asocia a taquicardias, se denomina síndrome de Wolff-Parkinson-White. Se indica el estudio electrofisiológico y la ablación de la vía accesoria en casos sintomáticos o en jóvenes asintomáticos que deseen practicar deporte intenso.

# Doctora tengo un diente rosa

M.González Herrero<sup>a</sup> P.Pavón Díaz<sup>b</sup>

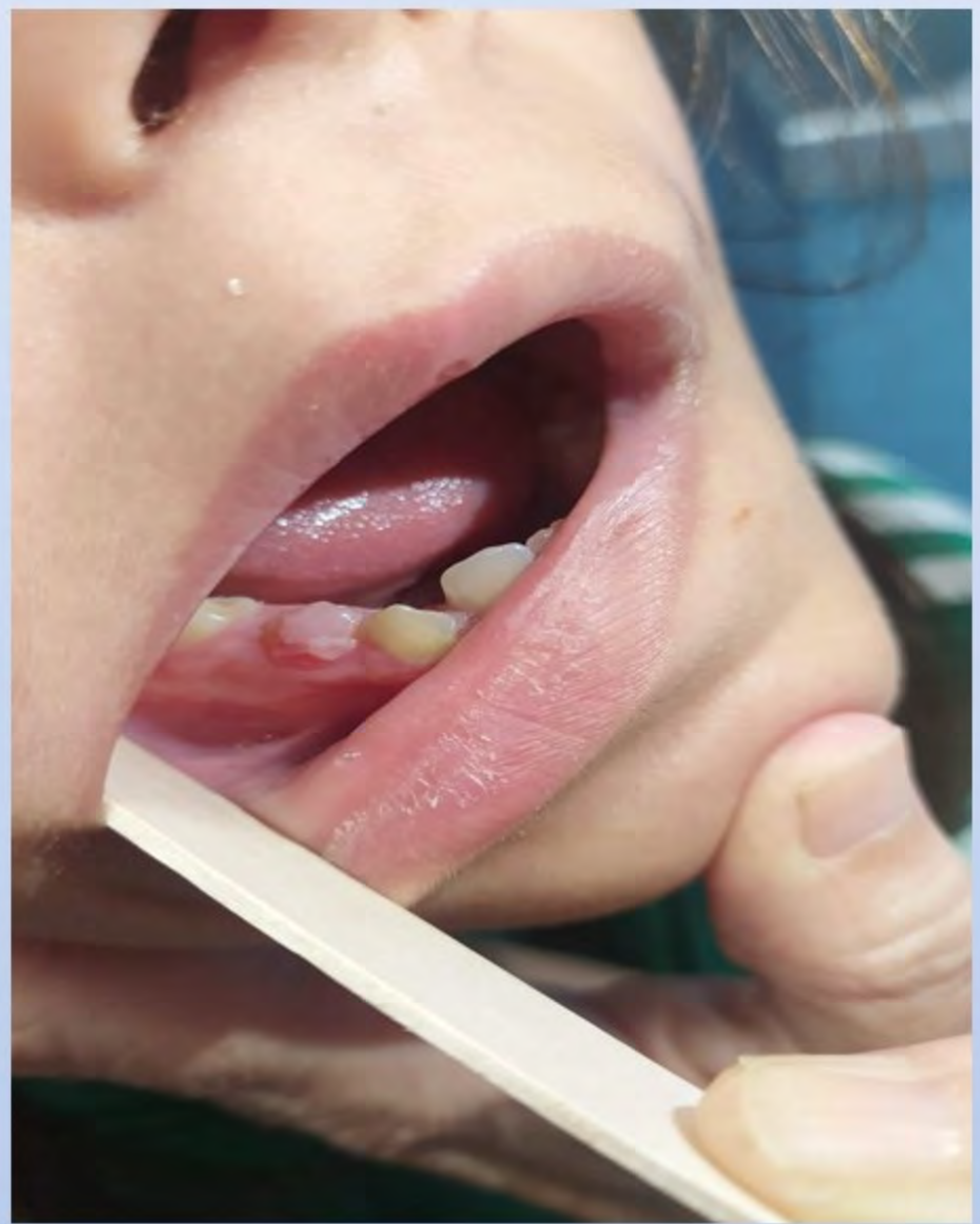
<sup>a</sup> Pediatra A.P Levante Sur Córdoba <sup>b</sup>MIR Pediatría H.U. Reina Sofía

## Introducción

El fenómeno del diente rosa en pediatría puede ocurrir por diversas causas y requiere atención odontológica. Este cambio se debe principalmente a la autodestrucción de la pulpa dental, al descomponerse la hemoglobina se filtra a los túbulos dentinarios y origina ese color rosa

## Resumen del caso

Niña de 5 años que acude a consulta por presentar un diente de color rosa en molar temporal sin trauma previo, enfermedad o ingesta medicamentosa. Se consulta con odontólogo del centro de salud quien descarta patología y pauta actitud expectante



## Conclusiones

- Distintas causas como traumatismo, necrosis pulpar, caries avanzada o reabsorción en dentición temporal.
- Fundamental una atención temprana odontológica para evitar la necrosis.
- En dentición permanente existe el riesgo de anquilosis.
- En dentición temporal mantener actitud expectante



# Nódulos escabióticos. La importancia de la anamnesis

González Herrero M.<sup>a</sup> Pavón Díaz P.<sup>b</sup>

<sup>a</sup>.Pediatra de Atención Primaria Levante Sur.Córdoba <sup>b</sup>. MIR pediatría Hospital Universitario Reina Sofía.Córdoba

## Introducción

El nódulo escabiótico es una lesión nodular de color marrón-rojizo de 3-5mm muy pruriginoso, localizado en partes no expuestas como axilas y genitales

## Caso clínico

Varón de 8 años con dos lesiones de unos 5 mm rojizas y pruriginosas en escroto, inicialmente se tratan con antibiótico tópico, al persistir se revisa la historia donde consta un tratamiento escabecida por contacto familiar. Ante la sospecha clínica se realiza teleconsulta dermatológica quien confirma el diagnóstico de nódulos postescabióticos ante ausencia de otras lesiones cutáneas de sarna.



## Conclusiones:

La anamnesis y la exploración física son la clave del diagnóstico de sarna. Los nódulos escabióticos se han considerado una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro o sus huevos. Sin embargo, hay estudios en los que han encontrado al ácaro o sus huevos en esas lesiones. Por tanto, algunos autores defienden discriminar entre escabiosis nodular (infección activa) y nódulos postescabióticos (reacción de hipersensibilidad) pues el tratamiento difiere

# GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD: UN CASO DE RAÍZ CULTURAL

González-Romero Laura<sup>a</sup>, Manzanares-García Diego<sup>b</sup>, García-Moyano Isabel del V<sup>c</sup>.  
a. MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. b. MIR-Pediatría.  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. c. Pediatra de Atención Primaria. Centro  
de Salud Fuensanta. Córdoba. España.

## INTRODUCCIÓN

Los “tortuguillos” o “culucos” aparecen como comedones que evolucionan a espículas gruesas en la espalda de los lactantes que son masajeados con leche materna en dicha zona, siendo una práctica habitual en múltiples países de Asia y América del Sur con el objetivo de calmar la irritabilidad.

Al dermatoscopio, se observan ramilletes arremolinados de vello tipo lanugo.

## CASO CLÍNICO

Varón de 3 meses diagnosticado de cólico del lactante, hijo de madre procedente de Honduras y alimentado con lactancia materna, en el que se visualizan numerosos comedones en región lumbo-sacra<sup>1</sup> que evolucionan a pelos gruesos parecidos a espinas, que caen de forma espontánea.

Durante la anamnesis la madre respondió de manera afirmativa sobre la realización de masajes circulares con leche materna en dicha región, explicando que se trata de una práctica habitual de su lugar de origen para aliviar molestias gastrointestinales, por lo que no se realizaron otras pruebas complementarias dada la evolución benigna del cuadro.



1. Imagen de remolinos de lanugo



2

## BIBLIOGRAFÍA



## ETIOLOGÍA

Algunos autores señalan como culpable de los culucos a la fricción al realizar los masajes, lo que ocasiona la congregación del lanugo, si bien su fisiopatogenia no está aún completamente esclarecida.

## CONCLUSIONES

En un mundo cada vez más global, es necesario fomentar el conocimiento sobre diferentes prácticas culturales y su posible relación en la salud de los pacientes, para poder expandir nuestra mirada hacia posibilidades diagnósticas que de ninguna otra forma tendríamos presentes, evitando la iatrogenia asociada a pruebas complementarias y/o tratamientos innecesarios.



## INTRODUCCIÓN

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) es un trastorno de la conducta alimentaria incluido en el DSM-5 (2013) de origen multifactorial, relacionado en ocasiones con trastornos de salud mental u otras patologías orgánicas:

Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID)	No incluido en el síndrome de ARFID
<p>Incapacidad persistente de satisfacer las necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas asociadas con al menos uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso significativa, imposibilidad de alcanzar aumento de peso esperado o retraso en el crecimiento</li> <li>- Deficiencia nutricional significativa</li> <li>- Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales</li> <li>- Interferencia con funcionamiento psicosocial</li> </ul> <p>*Si se manifestara en contexto de otro trastorno mental, la gravedad del trastorno alimentario supera la que se asocia con la afección/trastorno y justifica atención clínica adicional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de alimentos disponibles o práctica culturalmente aceptada</li> <li>- Distorsión de la imagen corporal</li> <li>- Presentación durante una afección médica concurrente o mejor explicado por un trastorno mental</li> <li>- Comportamientos normales del desarrollo como comida selectiva en niños o ingesta reducida en adultos</li> </ul>

## RESUMEN DEL CASO

Varón, 6 años con trastorno de espectro autista (TEA) y alergia a proteína de leche de vaca ya resuelta, tratamiento con risperidona y melatonina. Acude por reducción de ingesta, aversión y selectividad alimentaria. Causa dieta restrictiva, rechazo de contacto oral con comidas y alimentario en ámbito social.

- No signos de impactación o disfagia. Destaca ingesta disminuida de agua y nula de frutos secos, leche y pescado. Solo acepta frutas y verduras trituradas.
- No otra comorbilidad psiquiátrica, aunque sí gran impacto psicológico en sus cuidadores.
- Estudio antropométrico: IMC 14,25 (P17, -0,94DE OMS 2006) y velocidad de crecimiento de 3,24cm/año (<P1, -5,93DE OMS 2006). No alteraciones analíticas.

Diagnóstico: síndrome de ARFID en su variante de variedad e ingesta limitada. Inicia suplementación nutricional, derivado a terapeuta ocupacional y salud mental. Progresiva reintroducción de alimentos a través de técnicas de reintervención conductual.

## CONCLUSIONES

- Prevalencia del 50-80% en TEA, posible primer síntoma en trastornos del neurodesarrollo.
- Suelen presentar ingesta rica en carbohidratos, dulces, texturas crujientes y/o alimentos procesados junto con rechazo a frutas (27%) y verduras (67%).
- Evaluación médica: importante incluir historia alimentaria, registro de ingesta, antropometría, curva de crecimiento y búsqueda de comorbilidades orgánicas.
- Precisa enfoque integral, énfasis en rehabilitación nutricional y terapia conductual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cañas, L. , Palma, C. , Molano, A. M. , Domene, L. , Carulla Roig, M. , Cecilia Costa, R. , Dolz, M. & Serrano Troncoso, E. (2021). Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. *European Eating Disorder Review* , 29(2) , 245-256.
2. Koomar T, Thomas TR, Pottschmidt NR, Lutter M, Michaelson JJ. Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Front Psychiatry*. 2021 Jun 9;12:668297. doi: 10.3389/fpsy.2021.668297.
3. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(9):2159-73.
4. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943-50
5. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber [Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know] *Andes Pediatr*. 2021 Apr;92(2):298-307. Spanish. doi: 10.32641/andespediatr.v92i2.2794

# CUANDO EL TRATAMIENTO ASUSTA: MIDRIASIS SÚBITA EN UNA CRISIS DE ASMA

Daniela Carolina Guevara Báez<sup>1</sup>, Patricia Pérez Fernández<sup>1</sup>, Marina García Sanz<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

## INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias caracterizada por episodios de broncoespasmo y dificultad respiratoria. Durante una crisis asmática, el tratamiento estándar incluye agonistas beta-2 adrenérgicos, como el salbutamol, y anticolinérgicos como el bromuro de ipratropio. Aunque estos fármacos son seguros y eficaces, pueden generar efectos adversos inesperados.

## RESUMEN DEL CASO

Paciente varón de 10 años acude a su centro de salud por una crisis asmática moderada, caracterizada por dificultad respiratoria con tiraje subcostal leve, taquipnea y saturación de oxígeno del 91%.



Se administra tratamiento con corticoides orales, junto con salbutamol e ipratropio nebulizados.



En la revaloración se evidencia mejoría clínica, sin embargo se detecta anisocoria con midriasis arreactiva del ojo derecho, sin afectación de la agudeza visual y con un examen neurológico normal.



Tras revisar la literatura se identificó al contacto ocular accidental con bromuro de ipratropio como la causa probable de la anisocoria. Ante este hallazgo, el equipo médico mantuvo la calma y, gracias a este reconocimiento, se descartaron otras etiologías neurológicas u oftalmológicas, evitando así la realización de pruebas complementarias innecesarias.

## CONCLUSIONES

- El contacto ocular accidental con bromuro de ipratropio debe considerarse como una causa de anisocoria en pacientes que reciben tratamiento nebulizado con este fármaco.
- Cuando el medicamento entra en contacto con la mucosa ocular, inhibe los receptores muscarínicos del músculo esfínter del iris, provocando midriasis unilateral arreactiva sin afectación de la agudeza visual. Este efecto es reversible y autolimitado, pero su desconocimiento puede llevar a sospechar patologías neurológicas graves y realización de pruebas complementarias innecesarias.

# USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA COMO HERRAMIENTA EDUCATIVA EN LA TRANSICIÓN MÉDICA DE ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Daniela Carolina Guevara Báez<sup>1</sup>, Natalia Espinosa de los Monteros Aliaga-Cano<sup>1</sup>, Montserrat Antón Gamero<sup>2,3,4</sup>

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
2. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
3. Universidad de Córdoba
4. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba

## INTRODUCCIÓN

La transición de los adolescentes con enfermedades crónicas a la atención médica de adultos es un proceso crítico que requiere el desarrollo de autonomía y competencias en autocuidado. Las herramientas digitales emergentes, como la inteligencia artificial generativa, ofrecen nuevas oportunidades para apoyar este proceso.

## OBJETIVO

Diseñar un recurso audiovisual educativo basado en inteligencia artificial generativa que fomente la comprensión del proceso de transición médica y promueva habilidades de autocuidado en adolescentes con enfermedades crónicas.

## METODOLOGÍA

1. **Creación de un diálogo interactivo:** Se utilizó ChatGPT para desarrollar un diálogo entre un pediatra y un adolescente, basado en información obtenida de sociedades científicas sobre enfermedades crónicas y recomendaciones para la transición médica. En el *prompt* se integraron roles específicos, contexto clínico, fuentes científicas, instrucciones claras y directrices sobre el tono y la estructura para garantizar un contenido científico y accesible sobre la importancia de la autonomía, el autocuidado y el propio proceso de transición.
2. **Desarrollo de avatares:** Se crearon dos avatares, un pediatra y un adolescente, mediante la plataforma Leonardo.AI.
3. **Producción de un vídeo educativo:** Se integró el diálogo generado con los avatares en un vídeo interactivo utilizando la aplicación Vidnoz AI.

## RESULTADOS

Se obtuvo un vídeo con material educativo para ser difundido en salas de espera, consultas y medios digitales. El contenido es fácilmente adaptable a cada tipo de enfermedad, momento de la transición y unidad de origen y destino mediante la modificación del contexto y fuentes científicas en el *prompt* original.



## CONCLUSIÓN

La integración de inteligencia artificial generativa en el desarrollo de recursos educativos ofrece un enfoque prometedor para abordar los desafíos del proceso de transición médica en adolescentes con enfermedades crónicas. Este modelo, que combina ChatGPT, Leonardo.AI y Vidnoz AI, puede ser replicado y ampliado a otras áreas de educación en salud pediátrica.



# Cuadro confusional tras la consulta del oftalmólogo

Gutiérrez Parejo, Rosa; Ceballos Ortega, María Isabel; González Román, Víctor; Rosales Fernández, María del Mar; Pérez Rivera, María; Morales Ojeda, Laura

## INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo consiste en la aparición brusca de una alteración del nivel de conciencia, de la atención y funciones cognitivas que da lugar a alucinaciones visuales, confusión, desorientación espacio-temporal, delirios, lenguaje incoherente, dificultad para reconocer a las personas, agitación o obnubilación. Una de las causas puede ser la administración de ciclopéjicos como el ciclopentolato, medicamento utilizado en pediatría para producir midriasis (dilatación de la pupila) y cicloplejia (parálisis del músculo ciliar del ojo) antes de una exploración ocular.

## RESUMEN DEL CASO

Niña de 8 años que acude porque la notan rara tras la consulta del oftalmólogo donde le han administrado unas gotas de ciclopentolato. Ha tenido pérdida de control del esfínter urinario y refiere problemas para articular el lenguaje y para la estabilidad de la marcha. No pérdida de consciencia. No otros antecedentes de interés.

La exploración general fue normal salvo pupilas midriáticas por la aplicación del colirio. No focalidad neurológica. Las constantes (tensión arterial, glucemia capilar y frecuencia cardiaca) fueron normales. Se realizó electrocardiograma también normal.

La paciente estuvo en observación unas horas donde estaba verborreica, lenguaje incoherente y con alucinaciones visuales (decía ver una mochila donde no había nada). Presentó mejoría progresiva al cabo de 2-3 horas, encontrándose posteriormente asintomática.

## CONCLUSIONES

- El ciclopentolato es un antagonista de los receptores muscarínicos, cuyo uso está aprobado en España a partir de los 3 años.
- El cuadro confusional secundario a su uso es un cuadro benigno que se resuelve de forma autolimitada en pocas horas, con un tiempo máximo de 24 horas.
- La opción terapéutica, en caso de intoxicaciones leves o moderadas sólo se debe realizar una estrecha observación y esperar la eliminación metabólica de la droga.





# Hematuria macroscópica en pediatría: La importancia de realizar una historia clínica detallada.

**Autores:** L. Hernando Marín. D. Manzanares García. P. Pavón Díaz. UGC Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## INTRODUCCIÓN:

La hematuria macroscópica en pediatría es un signo alarmante que puede asociarse a múltiples etiologías, desde infecciones urinarias hasta patologías graves como traumatismos renales. Es fundamental realizar una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa para identificar la causa subyacente y establecer un tratamiento precoz. El caso que presentamos describe un paciente pediátrico con laceración renal derecha secundaria a un traumatismo, destacando la importancia de un abordaje clínico integral en un pediátrico con hematuria postraumática.

## RESUMEN DEL CASO:

Paciente masculino de 7 años que acude a urgencias por hematuria franca y dolor abdominal cólico. Afebril y sin antecedentes de infecciones recientes ni enfermedades relevantes. Historiando a la familia refieren un traumatismo lumbar una semana antes debido a una caída por las escaleras. En la exploración, se observa sangre en el meato urinario, molestias en hipogastrio y signos inflamatorios en la zona genital.

Se realizan estudios de imagen, incluyendo un TAC abdominopélvico con contraste, que revela una hipodensidad focal en el mesorriñón derecho, compatible con laceración renal, además de un trombo en la vía excretora derecha que ocupa la pelvis renal, el uréter y la vejiga.

Ingresa para vigilancia, control del dolor y valoración por cirugía pediátrica. La evolución clínica fue favorable, sin complicaciones quirúrgicas ni signos de infección. El paciente fue dado de alta afebril, estable hemodinámicamente y sin hematuria, con adecuado control del dolor y función renal conservada.

Se realiza posteriormente una ecografía renal y de vías urinarias que muestra resolución del cuadro sin coágulos ni alteraciones significativas.

## COMENTARIOS:

- Este caso subraya que la hematuria macroscópica en niños no siempre es lo que parece, y puede ser la manifestación de un traumatismo abdominal subyacente. La historia clínica detallada, incluyendo antecedentes de traumatismo, y una exploración física completa son esenciales para un diagnóstico preciso. Las lesiones renales traumáticas en niños son poco frecuentes, pero pueden derivar en complicaciones graves. La combinación de TAC y ecografía permitió evaluar la evolución de la lesión y descartar complicaciones. En casos de estabilidad hemodinámica y ausencia de complicaciones, el manejo conservador es una opción viable que evita intervenciones innecesarias.





# Sd. De Koolen de Vries: Un desafío diagnóstico y terapéutico.

**Autores:** L. Hernando Marín. D. Manzanares García. P. Pavón Díaz.  
UGC Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## INTRODUCCIÓN:

El Sd. Koolen de Vries es una enfermedad genética infrecuente producida por una microdelección del cromosoma 17q21.31. Se caracteriza por hipotonía generalizada desde los primeros meses de vida y un fenotipo peculiar (frente amplia, pirámide nasal ancha y epicantus). Pueden asociar alteraciones valvulares cardíacas, nefrourológicas y principalmente del sistema nervioso central entre las que destacan crisis epilépticas hasta en un 80% de los casos.

## RESUMEN DEL CASO:

Paciente de 1 mes de vida que en la primera consulta rutinaria realizada por su pediatra de AP destaca por la presencia de una facies peculiar con una desproporción cráneo-facial, frente ancha y orejas de implantación baja; hipotonía generalizada y ausencia de algunos reflejos propios del recién nacido.

Se deriva a hospital de referencia donde se realiza:

- Análítica sanguínea y de orina con todos los parámetros dentro de la normalidad. Hemocultivo negativo.
- Rx de tórax normal.
- Punción lumbar sin alteraciones.
- RMN craneal: Moderada dilatación del sistema ventricular, pequeñas imágenes microquísticas en sustancia blanca periventricular con pérdida de volumen de SB. Agenesia del cuerpo caloso.
- Estudio genético de CGH arrays: Microdelección del cromosoma 17.

Evolución del paciente:

A los 4 años: Retraso en el desarrollo del lenguaje, en la adquisición de habilidades, y torpeza motora. A los 5 años: episodios ocasionales de epilepsia focal con desconexión del medio. Retraso del desarrollo ponderoestatural, ligero sobrepeso y estrabismo convergente.

## COMENTARIOS:

- El Sd. Koolen de Vries es una enfermedad rara que se manifiesta desde el nacimiento y puede afectar a múltiples órganos y sistemas.
- La poca prevalencia y la ausencia de signos y síntomas patognomónicos hacen que esta enfermedad sea de difícil diagnóstico y de baja sospecha clínica.
- Su abordaje terapéutico requiere una valoración multidisciplinar por parte de diferentes especialistas y un seguimiento individualizado de cada caso.

# Título: Factores sociofamiliares que inciden en la percepción parental de la ansiedad en

**Autores: Jiménez Alés R<sup>1</sup>, Molina Pilares E<sup>2</sup> y Gasco Fernández I<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Pediatra EBAP. Centro de Salud José Gallego Arroba. UGC Puente Genil. AGS Sur de Córdoba.

<sup>2</sup> Pediatra EBAP. Centro de Salud Brenes. Distrito Sevilla Norte

<sup>3</sup> Enfermera Referente de Centros Educativos. Centro de Salud Brenes.



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia y adolescencia. Causan:

- Deterioro funcional del paciente
- Aumento de la ideación suicida
- Aumento de ansiedad en edad adulta

## OBJETIVOS

**Principal:** evaluar si la percepción parental del nivel de ansiedad en adolescentes está condicionada por el tiempo compartido.

**Secundarios:** evaluar si el tiempo compartido se modifica por diversos factores sociofamiliares como, número y uso de dispositivos electrónicos, contribución a las tareas del hogar, trabajo fuera de casa, tiempo de ocio compartido, nivel de ingresos

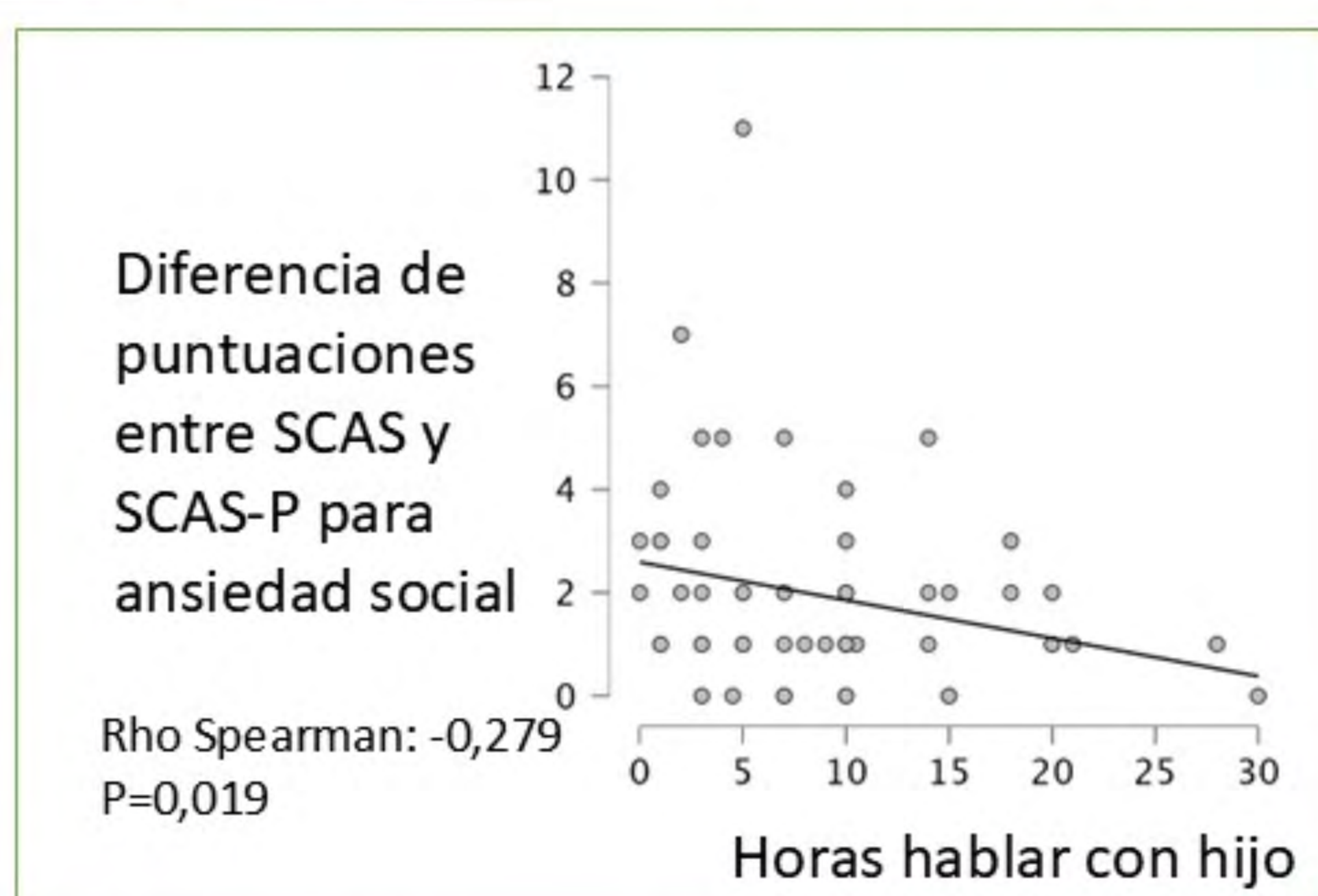
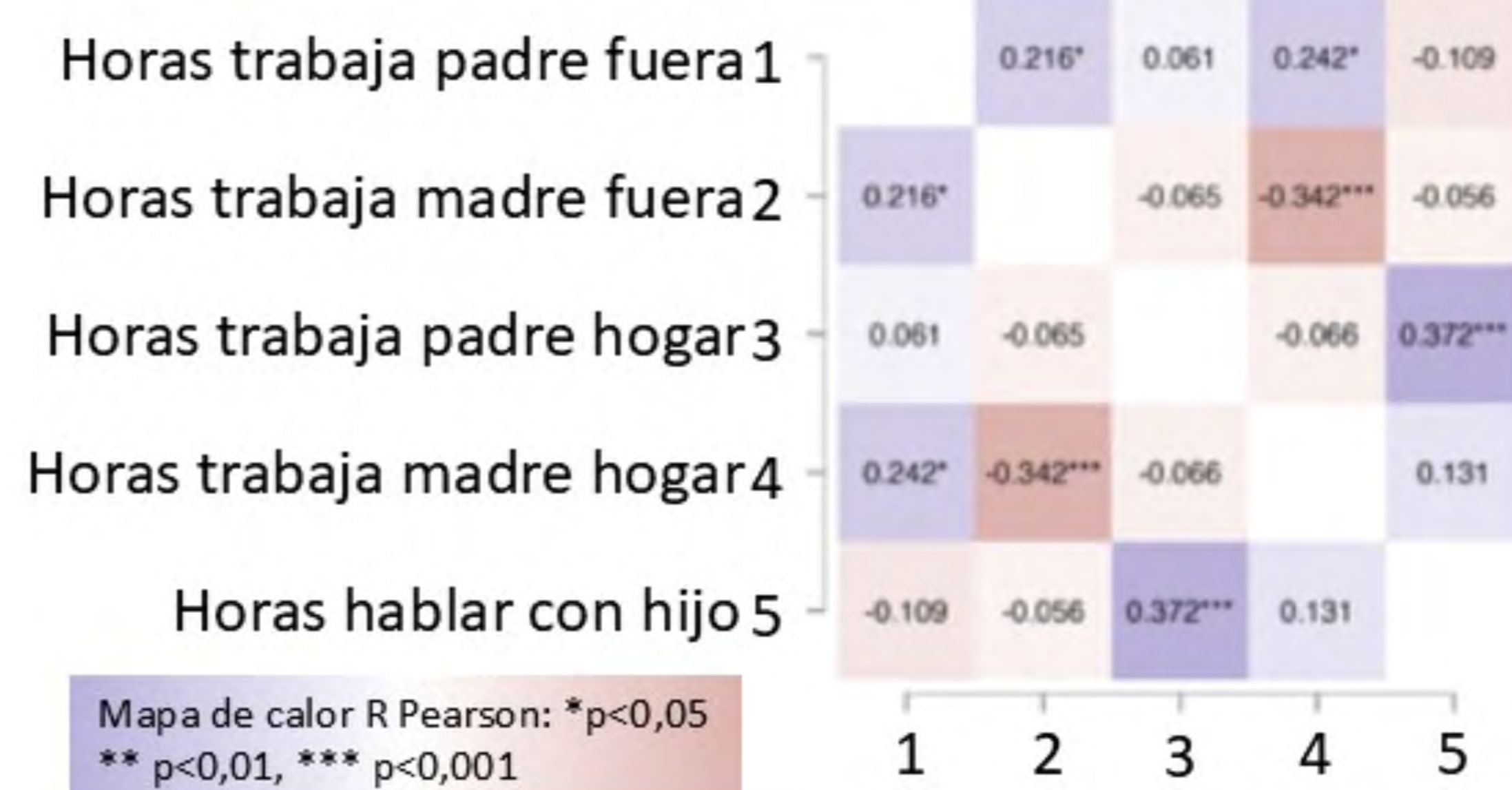
## MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal de carácter analítico. Comité de Ética de la Investigación de Sevilla.

276 adolescentes escolarizados en 2º de ESO en 9 aulas de 2 IES.

Cuestionarios a progenitores y alumnos, previo consentimiento informado (CI) de ambos, que se entregan en el centro educativo en sobres cerrados con un código para emparejarlos a posteriori y mantener cegados a padres y adolescentes respecto de sus respuestas.

- Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale; SCAS): además de la puntuación global proporciona subescalas de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia, ansiedad social y miedo a sufrir daño.
- Versión para padres de SCAS (SCAS-P)
- Nivel económico y cultural de la familia
- Hábitos de vida: hablar con los hijos de las cosas que "les interesan o preocupan", trabajo fuera de casa, tareas del hogar, ayuda con las tareas escolares, tiempo de ocio compartido, uso de dispositivos electrónicos por parte del adolescente.
- Análisis estadístico mediante programa JASP 0.18.3



## CONCLUSIONES

Las horas que los padres dedican a hablar de sus cosas con los hijos pueden mejorar la percepción de algunos de sus síntomas de ansiedad, especialmente los de ansiedad social.

Son necesarios estudios más amplios que mejoren la potencia estadística y corroboren los hallazgos realizados

# MAMÁ, TENGO UN PUNTO EN LA NARIZ

Jurado Tabares Laura. MIR Pediatría .Hospital Reina Sofía. Córdoba.  
García Sanz Marina. MIR Pediatría. Hospital Reina Sofía. Córdoba.  
López Vargas Elena. Pediatra de Atención Primaria. CS Almodóvar del Río. Córdoba.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides nasales son lesiones benignas poco frecuentes en niños . Es importante reconocerlos ya que requieren un diagnóstico y un manejo adecuado para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 6 años que consulta por presentar en línea media nasal la lesión umbilicada que se muestra en la imagen.

En algunas ocasiones había asociado secreción sebácea y en otras crecimiento varios cabellos de coloración oscura.

Se realizó derivación a dermatología . En RMN de cara se observó una lesión bien delimitada de 12,7mm x 6,8mm x 11mm situada en el tabique nasal ,posterior a los huesos propios, con un estigma cutáneo superficial en la raíz nasal , compatible con quiste dermoide de línea media.



Fue derivada a cirugía pediátrica para su escisión.

## CONCLUSIONES

- Los quistes dermoides son lesiones benignas congénitas que aparecen a lo largo de líneas de fusión embrionarias y que se deben a un error en la migración de células ectodérmicas durante el desarrollo embrionario.
- La localización más frecuente es en cabeza y cuello. Entre 3-12 % se localizan a nivel nasal. Pueden estar asociados a otras malformaciones congénitas.
- Es característico la presencia de secreción sebácea, la aparición de cabello o incluso de tejido adiposo o cartilaginoso.
- El diagnóstico se basa en la historia clínica , la exploración física y pruebas de imagen como la ecografía , TAC o RMN para una visualización más detallada ya que pueden tener extensión intracraneal.
- El tratamiento es quirúrgico mediante extirpación completa en el momento diagnóstico. El pronóstico es favorable, con una tasa baja de recurrencia.

# Cuando la tos no es solo tos: el papel de la atención primaria en la neumonía en la edad pediátrica

Fernando Labrador Carrillo<sup>a</sup>, Remedios Ros Gracia<sup>b</sup>, María Isabel Muriel Zafrán<sup>a</sup>. <sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>c</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Levante Norte. Córdoba. España. <sup>e</sup>



3 años

EA: Tos, malestar general y vómitos  
Fiebre de hasta 38,5°C de 2 días de evolución  
EF: Hipoventilación en hemitórax derecho



Amoxicilina  
80mg/kg/d  
7 días



Resolución de fiebre y normalización ACR



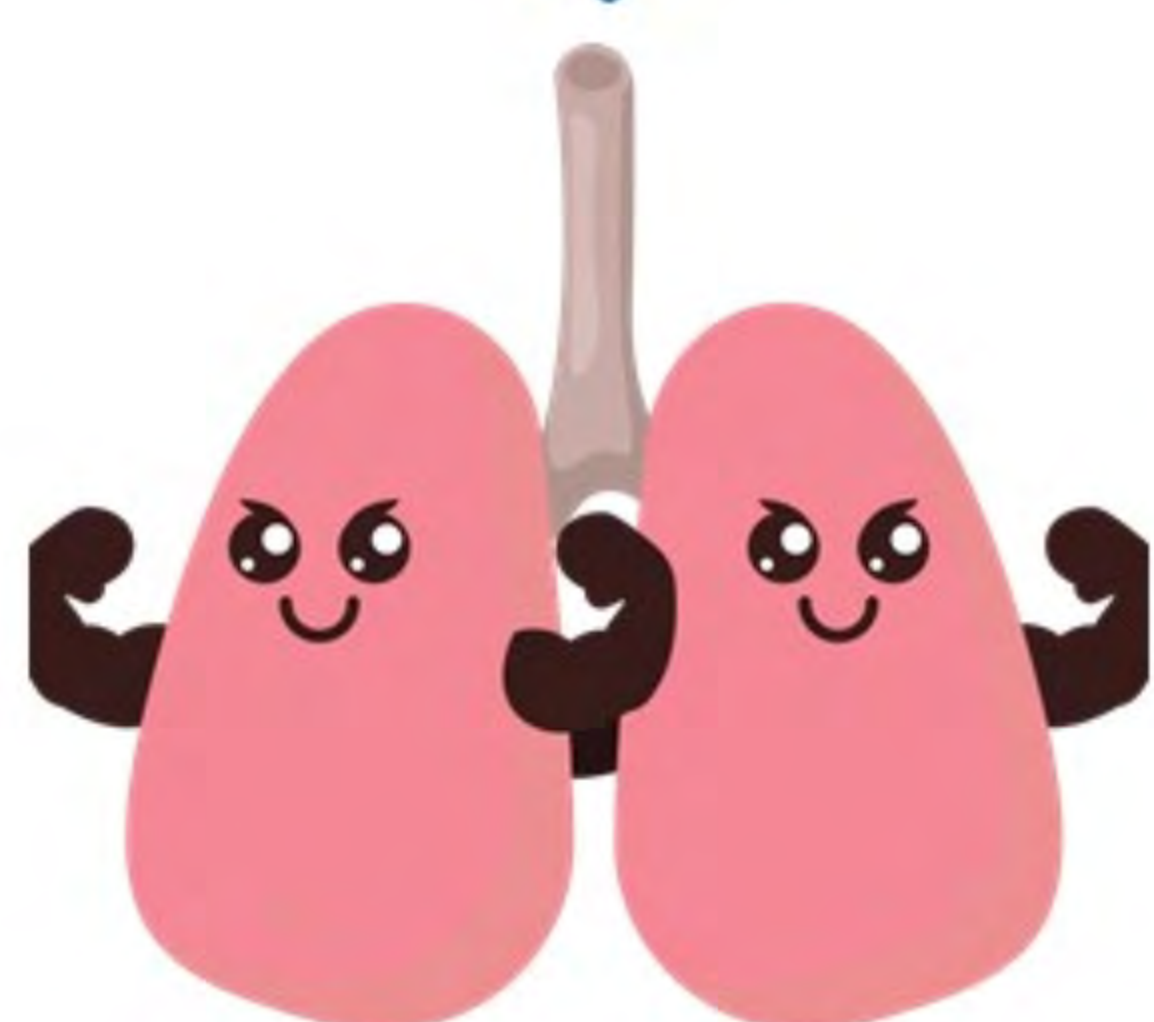
5 días tras tratamiento consulta por persistencia de tos, febrícula y dolor torácico derecho



Ingreso hospitalario y  
antibioterapia iv con cefotaxima,  
azitromicina (PCR Mycoplasma +) y  
clindamicina



Inicio de linezolid



## CONCLUSIONES

- El diagnóstico temprano en AP mejora el pronóstico
- Un tratamiento adecuado y seguimiento constante son clave
- La respuesta insuficiente requiere un rápido ajuste terapéutico y derivación especializada



# Desarrollo de un Programa de Atención Psicológica Ante el Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1



Ana Belén López-Mármol<sup>a, b</sup>, Rosario Castillo-Mayén<sup>c, d</sup>, M<sup>a</sup> Jesús Cortés<sup>e</sup>, M<sup>a</sup> Ángeles Alarcón<sup>e</sup>, Mercedes García-Ildefonso<sup>c</sup>, M<sup>a</sup> Soledad Blanco<sup>c</sup> y Sofia García-Roldán<sup>c, d</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios, Córdoba; <sup>b</sup> Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba; <sup>c</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba; <sup>d</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); <sup>e</sup> Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DT1) en la infancia o adolescencia suele generar un alto impacto emocional tanto en la persona diagnosticada como en su familia.

## Impacto psicológico diagnóstico DT1

- Acontecimiento estresante
- Reacción de duelo
- Sobrecarga de información
- Responsabilidades nuevas y continuas

## Impacto psicológico postdiagnóstico DT1

- Cambios en estilo de vida
- Miedo sobre el futuro
- Conflictos familiares
- Madres cuidadoras → peor bienestar

La intervención de profesionales de la salud psicológica es necesaria (Grupo de trabajo de diabetes del COP de Castilla y León, 2020).

- Como complemento a la atención médica y enfermera, se ha desarrollado un PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA para familias en el inicio de DT1 de su hijo/a
- Su objetivo principal es facilitar la aceptación, adaptación y posterior manejo de la DT1
- Sus objetivos específicos son:
  - Amortiguar el impacto psicológico que supone conocer diagnóstico
  - Acompañar durante los primeros momentos tras el diagnóstico

M/Padres de menores de < 14 años hospitalizados/as por inicio de DM1

Población diana

1) Impacto y Bienestar psicológico; 2) Autoeficacia manejo de DT1; 3) Diabetes distress; 4) Calidad de vida; 5) Ajuste diádico; 6) Satisfacción con intervención

Evaluación

- Se atenderá en el hospital en las primeras 72 horas posteriores al diagnóstico  
- Sesiones: durante hospitalización (2-4) y de seguimiento (2-4), 40-60 min. aprox.

Procedimiento

## Sesiones

## Objetivos y contenidos principales

**Durante hospitalización:**  
Primer contacto y apoyo emocional

- Iniciar el contacto con la familia
- Proporcionar soporte emocional y apoyo
- Evaluar el impacto emocional

**Durante hospitalización y seguimiento tras alta hospitalaria:**  
Afrontamiento y manejo de la enfermedad

- Reconocer, entender y normalizar malestar emocional
- Comprender impacto DT1, acompañar proceso de duelo psicológico
- Abordar mitos y creencias erróneas sobre DT1
- Proporcionar pautas sobre afrontamiento y manejo de la DT1
- Fomentar la confianza en el manejo de DT1
- Promover el bienestar de padres y madres y su autocuidado

## Resultados esperados:

- Reducción más rápida del impacto psicológico generado por diagnóstico de DT1 a nivel individual y familiar
- Aumento de autoeficacia para el manejo de la DT1, de la calidad de vida y del bienestar psicológico de madres y padres de menores con DT1
- Mejor ajuste y adaptación a nueva situación

## Implicaciones:

La intervención psicológica ante el diagnóstico de DT1 permite ofrecer una atención sanitaria integral y mejoraría el ajuste y la adaptación a la nueva condición tanto en menores como en familias

## Referencias (selección):

- Fornasini, S., Miele, F., & Piras, E. M. (2019). The consequences of type 1 diabetes onset on family life. An integrative review. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1467-1483. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01544-z>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/10.
- Małachowska, M., Gosławska, Z., Rusak, E. & Jarosz-Chobot, P. (2023) The role and need for psychological support in the treatment of adolescents and young people suffering from type 1 diabetes. *Frontiers in Psychology*, 13, 945042.
- Olinder, A. L., DeAbreu, M., Greene, S., Haugstvedt, A., Lange, K., Majaliwa, E. S., Pais, V., Pelicand, J., Town, M. & Mahmud, F. H. (2022). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 23(8), 1229-1242. <https://doi.org/10.1111/pedi.13418>
- Sanz-Font, O. (2014). La diabetes de mi hijo. Manual de apoyo psicológico para padres de niños y adolescentes con diabetes tipo 1. Medtronic Ibérica, S.A.



# LA IMPORTANCIA DE LA SATISFACCIÓN VITAL EN LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL IMC EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ENDOCRINA: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Manuel Luque <sup>a,b</sup>, Sebastián Vivas <sup>c,d</sup>, Ana Belén Ariza <sup>c,e</sup>, Tamara Gutiérrez-Domingo <sup>c,d</sup>, Naima Z. Farhane-Medina <sup>c,d</sup> y Rosario Castillo-Mayén <sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios; <sup>b</sup> Instituto Hispalense de Pediatría; <sup>c</sup> IMIBIC

<sup>d</sup> Departamento de Psicología, Universidad Córdoba; <sup>e</sup> Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

## INTRODUCCIÓN

La obesidad infanto-juvenil mantiene una alta prevalencia en nuestro contexto, siendo una condición multifactorial. Una parte importante de estos factores se vinculan a aspectos conductuales, hábitos y estilos de vida. La adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y la frecuencia de la actividad física (FAF) se engloban dentro de estos factores, pudiendo ser objeto de intervención por parte de los y las profesionales sanitarios. Uno de los factores psicológicos relevantes en esta condición es la satisfacción vital (SV), la cuál tendría incidencia en los patrones alimentarios y en la FAF. Es importante evaluar la SV en estos menores ya que se ve mermada en comparación con sus iguales con normopeso. El presente estudio pretende evaluar la SV en tiempo 1 (T1) de menores atendidos por endocrinología pediátrica, y explorar el impacto en la SV, la ADM, la FAF y el IMC a los 6-12 meses (T2).

## MÉTODO

**Diseño:** estudio descriptivo cuasi-experimental con evaluaciones longitudinales.

**Población:** menores atendidos en endocrinología pediátrica por dificultades en el control del peso.

**Variables e instrumentos:**

- SV: Satisfaction With Life Scale (T1 y T2)
- ADM: Mediterranean Diet Quality Index (T2)
- FAF: Physical Activity Levels Questionnaire (T2)
- IMC: tallímetro tarita (T2)

**Análisis de datos:** correlación y regresión lineal simple (VI: SV T1 → VD: SV T2, ADM, FAF e IMC).

## CONCLUSIONES

Este estudio demuestra la importante de evaluar la SV de los menores atendidos en endocrinología pediátrica, no solo por verse reducida a consecuencia de la obesidad y el sobrepeso, sino por ser predictora de hábitos de vida saludable y de menor BMI. Estos resultados sustentan la importancia de la inclusión de la SV en los modelos explicativos y en el abordaje de esta condición a través de abordajes multidisciplinares.

## RESULTADOS

**T1:** 168 entre 6-17 años (M=11.25, DE=2.23)

**Autoinformes T2:** 84 menores

**IMC T2:** 151 menores (M = 29.90, DE = 5.13)

### Correlaciones

		SV T1	SV T2	ADM T2	FAF T2	IMC T2
SV T1	Correlación de Pearson	1	,546**	,277*	,213	-,206*
	Sig. (bilateral)		,000	,012	,053	,011
SV T2	Correlación de Pearson	,546**	1	,166	-,020	-,065
	Sig. (bilateral)	,000		,130	,856	,547
ADM T2	Correlación de Pearson	,277*	,166	1	,470**	,001
	Sig. (bilateral)	,012	,130		,000	,993
FAF T2	Correlación de Pearson	,213	-,020	,470**	1	-,173
	Sig. (bilateral)	,053	,856	,000		,111
IMC T2	Correlación de Pearson	-,206*	-,065	,001	-,173	1
	Sig. (bilateral)	,011	,547	,993	,111	

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).



VD	B estd.	p
SV T2	.55	< .001
ADM T2	.28	.012
FAF T2	.21	.053
IMC T2	-.21	.011

## REFERENCIAS

NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-50.

Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022;10(5):351-65.

Narciso J, Silva AJ, Rodrigues V, Monteiro MJ, Almeida A, Saavedra R, Costa AM. Behavioral, contextual and biological factors associated with obesity during adolescence: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019;14(4):e0214941.

López-Gil JF, García-Hermoso A, Sotos-Prieto M, Caverio-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V, Kales SN. Mediterranean Diet-Based Interventions to Improve Anthropometric and Obesity Indicators in Children and Adolescents: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr*. 2023;14(4):858-69.

Fitzgerald SA, Fitzgerald HT, Fitzgerald NM, Fitzgerald TR, Fitzgerald DA. Somatic, psychological and economic benefits of regular physical activity beginning in childhood. *J Paediatr Child Health*. 2022;58(2):238-42.

Diao H, Wang H, Yang L, Li T. The impacts of multiple obesity-related interventions on quality of life in children and adolescents: a randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):213.

Fonvig CE, Hamann SA, Nielsen TRH, et al. Subjective evaluation of psychosocial well-being in children and youths with overweight or obesity: the impact of multidisciplinary obesity treatment. *Qual Life Res*. 2017;26(12):3279-88.



# “ECCEMA MUSICAL: SECRECIÓN UMBILICAL INESPERADA EN UN JOVEN CLARINETISTA.”

Manzanares García, D.<sup>1,2</sup>, Ortiz Mesa, M.E.<sup>1,2</sup>, González Romero, L.<sup>1</sup>, García Moyano I.V.<sup>2</sup>,  
Sánchez Bautista, A. I.<sup>2</sup>, Montes Peña, M.<sup>2</sup>.

1. UGC Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
2. Pediatría, Centro de Salud Fuensanta, Córdoba, España.

## INTRODUCCIÓN

Las anomalías del uraco, remanentes embrionarios que durante el desarrollo fetal conectan la vejiga con el ombligo, normalmente se obliteran al final de la gestación. Su persistencia puede dar lugar a quistes o fístulas, manifestándose clínicamente con secreción umbilical crónica, dolor o infecciones recurrentes. Dada la presentación inespecífica de estos síntomas y su similitud con otros procesos inflamatorios o infecciosos, la ecografía se convierte en una herramienta esencial para su correcta evaluación.

## CASO CLÍNICO.



13 años  
VARÓN.



- ◆ Motivo de consulta: Secreción umbilical transparente y eccema periumbilical.
- ◆ Antecedentes: No fiebre, no dolor, no infecciones previas.

### Exploración Clínica:

#### → Hallazgos:

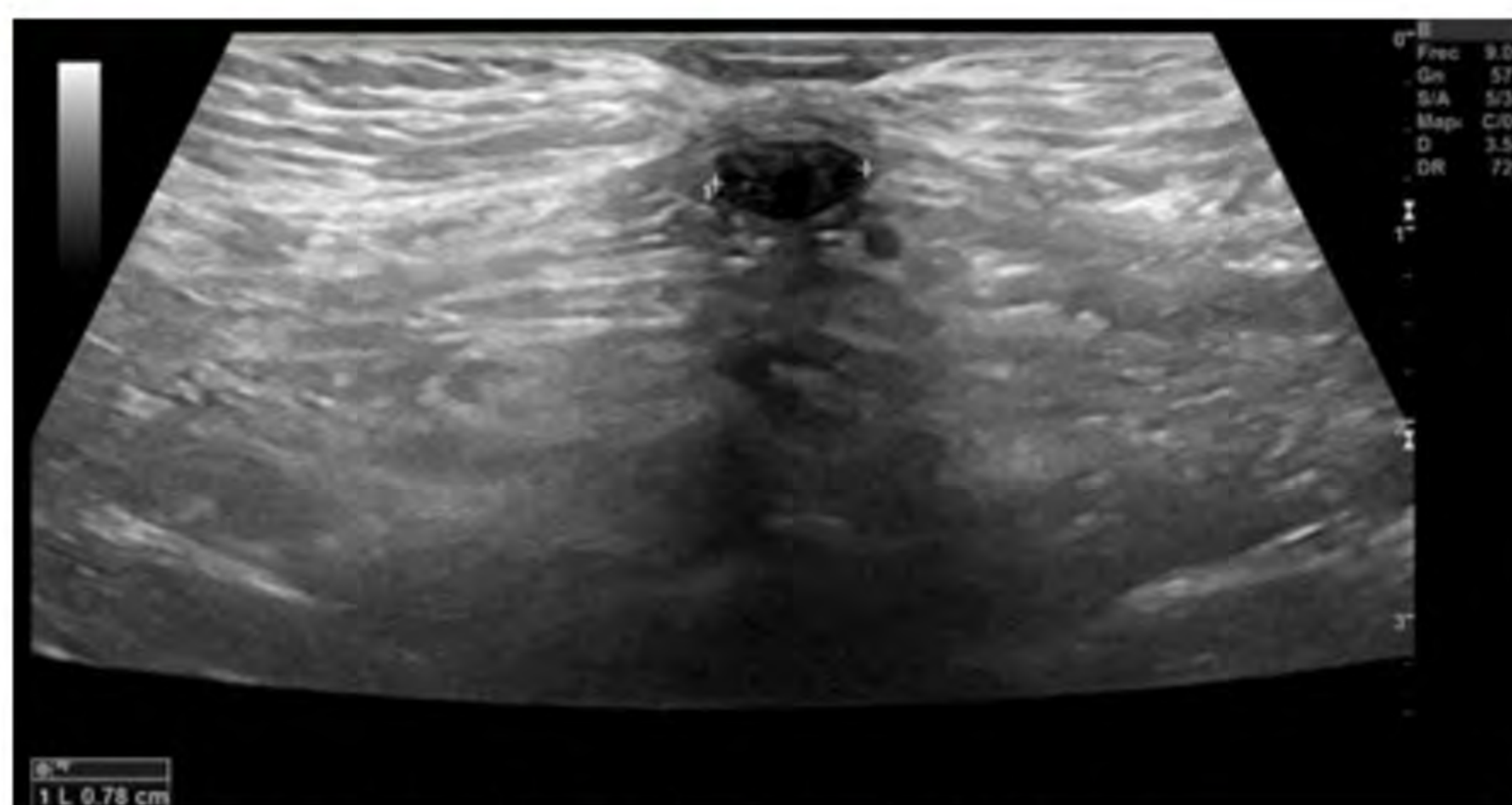
- Eccema periumbilical sin signos de sobreinfección.
- Exudado transparente al comprimir la zona.

→ Cultivo de la secreción: ✗ Negativo.

### Pruebas complementarias

#### ✦ Ecografía abdominopélvica<sup>1</sup>:

- Hallazgo: Quiste de 8 mm en la región del uraco
- No signos de infección o complicaciones



1. Lesión quística de uraco.

## CONCLUSIONES.

✦ **Diagnóstico final**

✓ **Anomalía congénita del uraco**

🤖 **Hipótesis:** El esfuerzo al tocar el clarinete aumenta la presión intraabdominal, favoreciendo la secreción

📊 **Manejo y Seguimiento**

✦ **Recomendaciones:**

✓ Seguimiento clínico y ecográfico

✓ No cirugía inicial, salvo en casos sintomáticos persistentes

✓ Advertencia de signos de complicaciones (infección, crecimiento del quiste)

# “SE QUEDA ENSIMISMADO... ¿DÉFICIT DE ATENCIÓN O CRISIS DE AUSENCIA?”

Manzanares García, D.<sup>1,2</sup>; Hernando Marín, L.<sup>1</sup>; Pérez Ortiz, L.<sup>1</sup>; González Romero, L.<sup>1</sup>;  
Cantador López, I.<sup>2</sup>; García Moyano, I.<sup>2</sup>.

1. UGC Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

2. Pediatría, Centro de Salud Fuensanta, Córdoba, España.

## INTRODUCCIÓN

- Los trastornos del aprendizaje son una consulta frecuente en pediatría de atención primaria.
- La epilepsia de ausencia, caracterizada por episodios breves de desconexión sin pérdida del tono muscular, puede confundirse con inatención, retrasando el diagnóstico y tratamiento.
- Importancia del diagnóstico diferencial entre inatención y crisis epilépticas

## CASO CLÍNICO.



8 años.  
VARÓN

### Antecedentes del paciente:

- **Bajo rendimiento escolar** y **dificultades de concentración.**
- Antecedentes de acoso escolar.
- Evaluado previamente por orientación educativa, psicología y pediatría.

### Exploración en consulta:

- Se realiza maniobra de hiperventilación, desencadenando un episodio típico.
- Se solicita un electroencefalograma (EEG) (Imagen 1).

### Clínica:

- La madre refiere que el niño "se queda en su mundo" durante unos segundos.
- Episodios de inmovilidad con mirada fija, sin responder a estímulos.
- En una ocasión, se le cayó un lápiz y, tras el episodio, el niño no recordaba haber estado desconectado.

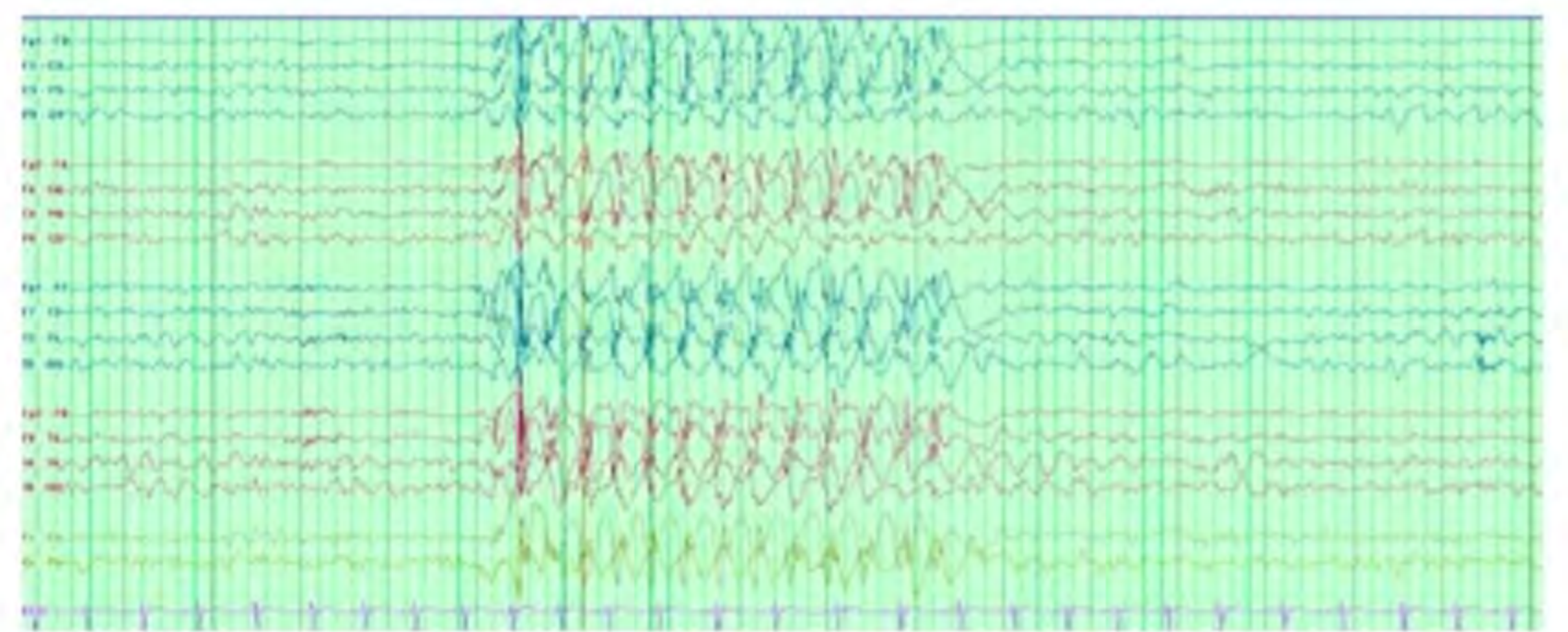


Imagen 1. Paroxismos generalizados de punta-onda a 3Hz

### Diagnóstico y tratamiento:

- Diagnóstico confirmado de **epilepsia de ausencia.**
- Derivación a neuropediatría e inicio de tratamiento antiepiléptico.
- Mejoría en el rendimiento académico y social.

## CONCLUSIONES.

- **Importancia del diagnóstico diferencial** entre inatención y crisis epilépticas.
- Las **crisis de ausencia pueden pasar desapercibidas**, ya que el niño no muestra confusión posterior y suelen interpretarse como distracción.
- **La hiperventilación en consulta es una herramienta sencilla y eficaz** para confirmar la sospecha clínica.
- **El pediatra de atención primaria juega un papel clave** en la detección precoz, lo que permite un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida del niño.

# “SÍNDROME DE WILKIE EN UNA ADOLESCENTE: UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.”

Manzanares García, D.<sup>1,2</sup>, Ortiz Mesa, M.E.<sup>1,2</sup>, González Romero, L.<sup>1</sup>, García Moyano I.V.<sup>2</sup>, Sánchez Bautista Ana Isabel<sup>2</sup>, Montes Peña Montserrat<sup>2</sup>.

1. UGC Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

2. Pediatría, Centro de Salud Fuensanta, Córdoba, España.

## INTRODUCCIÓN.

- ✓ Definición: Obstrucción duodenal alta rara, más frecuente en mujeres jóvenes.
- ✓ Síntomas inespecíficos: Náuseas, vómitos postprandiales, dolor epigástrico.
- ✓ Dificultad diagnóstica: Se confunde con patologías digestivas funcionales.

### ✦ Importancia

- ✓ Diagnóstico temprano evita complicaciones y hospitalización.

## CASO CLÍNICO.



13 años.  
MUJER



### 📍 Síntomas iniciales:

- ✓ **Náuseas y vómitos postprandiales** de 3 días de evolución.
- ✓ **Persistencia** de síntomas durante 2 semanas.
- ✓ **Exploración física sin hallazgos relevantes.**
- ✓ **Sin pérdida de peso.**

### 📍 Hipótesis inicial y tratamiento empírico:

- ◆ **Diagnóstico presuntivo:** RGE, dispepsia funcional o psicógeno.
- ◆ **Tratamiento inicial:**
  - Medidas higiénico-dietéticas.
  - Procinéticos + IBP por 3 semanas.
- ◆ **Evolución:** ✗ Sin mejoría.



### 📍 Nuevos síntomas orientativos:

- ✓ Dolor epigástrico que mejora en decúbito lateral izquierdo y genupectoral.
- ✓ Aumento de la sospecha de síndrome de Wilkie.

### 📄 Ecografía abdominopélvica:

- Ángulo aortomesentérico de 16° (patológico si < 22°).

### 📍 Manejo y evolución:

- ✓ **Tratamiento conservador:**
  - Comidas fraccionadas y hipercalóricas.
  - Posicionamiento postprandial adecuado.
- ✓ **Evolución:**
  - Mejoría progresiva de los síntomas.
  - Sin necesidad de ingreso ni cirugía.

## CONCLUSIONES.

- ✓ Síndrome de Wilkie debe considerarse en adolescentes con vómitos persistentes.
- ✓ Diagnóstico temprano evita complicaciones.
- ✓ La ecografía puede orientar, pero la TAC es la prueba de elección.
- ✓ El tratamiento precoz mejora la evolución y evita hospitalización.



## APENDAGITIS EPIPLOICA: LA GRAN SIMULADORA



Marta Martínez Carretero<sup>a</sup>, Pablo Alonso Peña<sup>b</sup> Silvia González Garrido<sup>c</sup>  
María Mesa Ciruelo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Pediatra de AP, CS Zona 8, Albacete. <sup>b</sup>Pediatra de AP, CS Huetor-Tajar, Granada. <sup>c</sup>Pediatra de AP, CS La Carlota, Córdoba. <sup>d</sup>MIR-Pediatría. HUVN, Granada

### INTRODUCCIÓN

La apendagitis epiploica (AE) es un infarto hemorrágico de los apéndices epiploicos, por torsión o trombosis venosa. Se localizan en la serosa del colon y por su morfología pediculada son vulnerables a la torsión.

Es una entidad rara e infradiagnosticada. Presenta menor frecuencia en niños por su menor desarrollo de los apéndices epiploicos. No se conocen bien los factores de riesgo, pero se ha relacionado con obesidad, hernias y obstrucción intestinal.

Clínicamente se presenta como dolor abdominal agudo o subagudo en fosa iliaca derecha (FID) o izquierda, con defensa abdominal, simulando un abdomen agudo.

Su diagnóstico diferencial en pediatría incluye patologías frecuentes como apendicitis aguda o adenitis mesentérica, y otras menos frecuentes como colecistitis, torsión ovárica o enfermedad inflamatoria intestinal.

El diagnóstico de esta entidad es un desafío, siendo la TAC la prueba de elección.

El tratamiento es conservador con antiinflamatorios, resolviéndose en 1-2 semanas. La cirugía se reserva para casos dudosos o sin respuesta al tratamiento. El pronóstico es excelente.

### CASO CLÍNICO

Niño de 12 años con obesidad como antecedente de interés. Consulta en urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal.

En la primera visita, tras 18 horas de evolución, localiza el dolor en hipogastrio, sin otros síntomas asociados. La exploración física es normal, sin signos de abdomen agudo. Se realiza analítica sin elevación de reactantes de fase aguda y tira reactiva de orina negativa. Ante la ausencia de datos de alarma, se da de alta.

A las 48 horas reconsulta por persistencia del dolor, localizado en FID, sin fiebre ni otros síntomas. En la exploración destaca dolor en FID con defensa y signo de Blumberg positivo, lo que orienta a una apendicitis aguda.

Se realizan pruebas complementarias:

- Analítica con leve elevación de PCR.
- Ecografía abdominal donde no se visualiza apéndice, pero hay líquido libre, por lo que se completa estudio con TAC.
- TAC abdominal, se observa apéndice cecal normal y lesión grasa ovalada en FID derecha con ribete hiperdenso y cambios inflamatorios, compatible con AE.

Se inicia tratamiento conservador con antiinflamatorios y seguimiento en atención primaria, con resolución del cuadro en 8 días.

### CONCLUSIONES

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en pediatría, por lo que es fundamental conocer sus posibles causas y realizar un adecuado diagnóstico diferencial. La AE, aunque rara en la infancia, debe considerarse en niños con dolor abdominal. Su diagnóstico se basa en pruebas de imagen, su manejo es conservador y su pronóstico es excelente.



# MÁS ALLÁ DE LO COMÚN: DETECCIÓN DE QUISTE TIROIDEO EN ATENCIÓN PRIMARIA



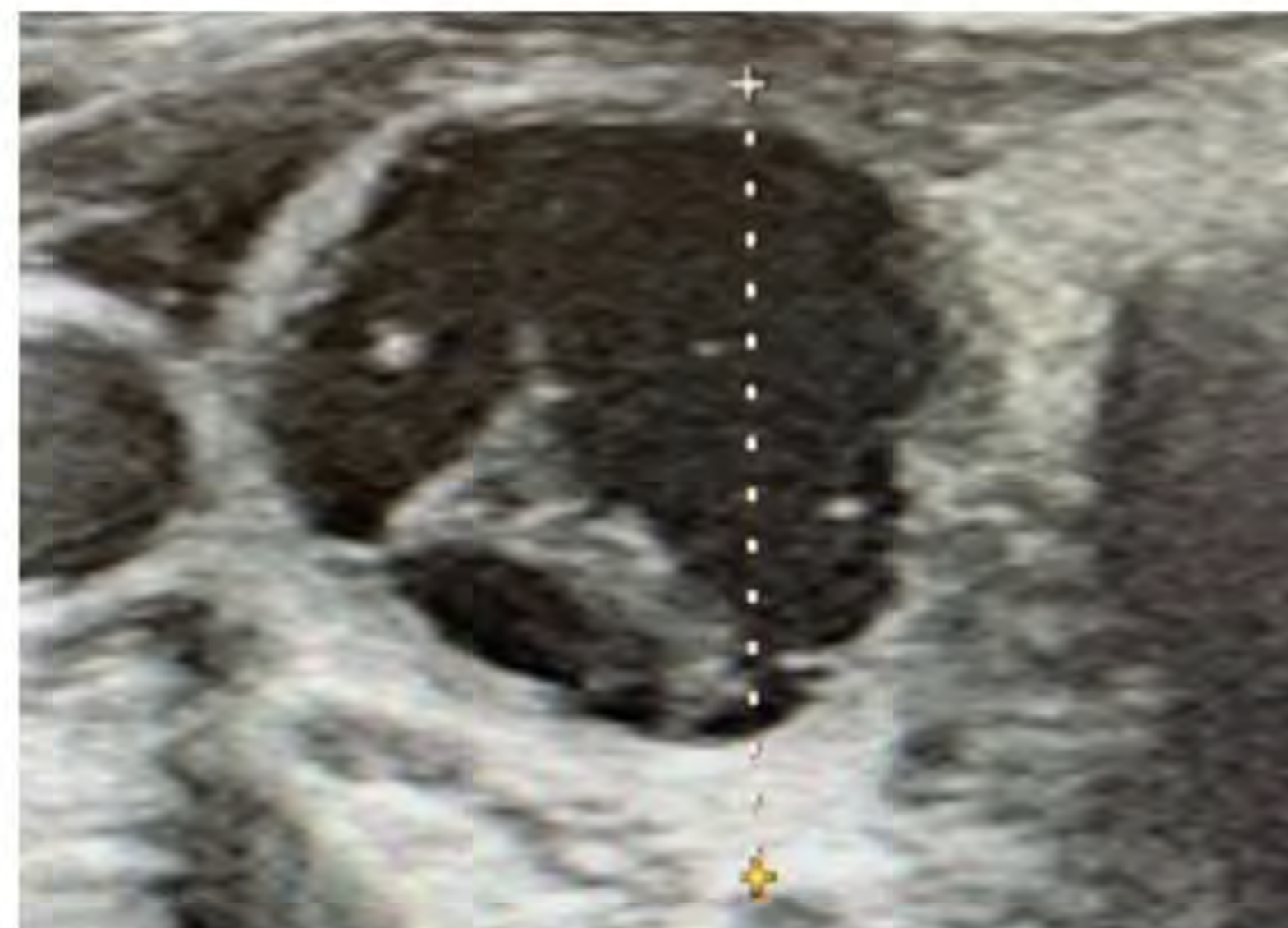
Marta Martínez Carretero<sup>a</sup>, Silvia González Garrido<sup>b</sup>, Pablo Alonso Peña<sup>c</sup>,  
María Mesa Ciruelo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Pediatra de AP, CS Zona 8, Albacete. <sup>b</sup>Pediatra de AP, CS La Carlota, Córdoba. <sup>c</sup>Pediatra de AP, CS Huetor-Tajar, Granada. <sup>d</sup>MIR-Pediatría. HUVN, Granada

## CASO CLÍNICO

Adolescente de 12 años que consulta en Atención Primaria por un "bulto" cervical presente desde hace semanas, con molestias leves. No síndrome constitucional. A la exploración, se palpa una tumoración de 3x1 cm, dura pero no pétrea, móvil y no adherida a planos profundos. Localizada en la región lateral derecha. Se moviliza con la deglución, sugiriendo origen tiroideo. No se detectan adenopatías en cadenas ganglionares. Se solicita analítica con perfil tiroideo y ecografía cervical.

- Analítica sanguínea normal, sin alteraciones en el perfil tiroideo ni elevación de reactantes de fase aguda.
- Ecografía cervical: dos nódulos quísticos en lóbulo tiroideo derecho (0.9 cm y 2.1 cm, este último con septos internos). TIRADS 3. Se indica PAAF.
- Anatomía patológica: hallazgos compatibles con quiste tiroideo (Bethesda II).



## DISCUSIÓN

Los nódulos tiroideos son lesiones focales en la glándula tiroidea. Son infrecuentes en niños, pero con mayor riesgo de malignidad en comparación con adultos, cobrando importancia su identificación precoz.

La forma de presentación más frecuente es como masas cervicales asintomáticas detectadas por el propio paciente, con función tiroidea normal. Es esencial diferenciar si la masa es tiroidea o extratiroidea, realizando el diagnóstico diferencial con quiste tirogloso, branquial o hemangiomas.

Se debe indagar sobre los antecedentes personales y familiares (patología tiroidea o síndromes genéticos), así como su evolución, síntomas sistémicos que nos sugieran disfunción tiroidea o locales que sugieran compresión. A la exploración es importante evaluar su tamaño, consistencia, fijación y/o presencia de adenopatías.

El estudio debe incluir perfil tiroideo y ecografía cervical, utilizando el sistema TIRADS para estandarizar los hallazgos ecográficos. La PAAF está indicada en nódulos >1 cm, con sospecha de malignidad ecográficamente o crecimiento progresivo. Su resultado se clasifica según el sistema de Bethesda. La gammagrafía estaría indicada en nódulos sospechosos con TSH suprimida. La calcitonina cobra importancia ante sospecha de MEN.

El manejo depende del resultado de la PAAF:

- Nódulos benignos: controles periódicos cada 6-12 meses, con ecografía y analítica.
- PAAF no diagnóstica: repetir en 3-6 meses.
- Nódulos indeterminados o malignos: indicación quirúrgica.

## CONCLUSIONES

Los nódulos tiroideos en niños suelen ser asintomáticos y detectados por palpación. La evaluación debe incluir exploración física, perfil tiroideo y ecografía cervical. La PAAF es clave para distinguir entre lesiones benignas y malignas. Los nódulos benignos requieren controles seriados clínico, analítico y ecográfico, mientras que los malignos pueden precisar cirugía.



# DECISIONES ANTICIPADAS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mesa Ciruelo, María (1). Martínez de la Ossa Sáenz-López, Rafael (2).  
MIR Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada  
Pediatra EBAP. Centro de Salud Huétor-Tajar, Granada

## INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) en pediatría de atención primaria (AP); una herramienta que permite que la atención médica al final de la vida esté alineada con los valores y preferencias del paciente y su familia.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años con parálisis cerebral infantil grave, atendido en un centro de salud rural. Tras acudir a urgencias por una infección respiratoria, se decidió programar una visita domiciliaria. Durante la evaluación, se evidenció un deterioro clínico basal, por lo que se inició un diálogo con la familia sobre su evolución y el riesgo de nuevas exacerbaciones. Se exploraron diferentes escenarios clínicos y se establecieron planes de acción para los cursos clínicos potenciales en base a las preferencias de la familia. Se contempló la adecuación del esfuerzo terapéutico, considerando las medidas de confort como una opción prioritaria en determinados contextos. Se trasladó a la familia nuestro compromiso de acompañamiento, coordinando la atención domiciliaria con la Unidad de cuidados paliativos de referencia. Todo lo acordado quedó registrado en la historia clínica como PAD.

Semanas después, el paciente presentó un nuevo episodio de infección respiratoria, lo que motivó su ingreso hospitalario e inicio de soporte respiratorio. Ante la evolución desfavorable y el mal pronóstico vital, tras compartir con la familia la futilidad de las medidas instauradas, se decidió adecuar el esfuerzo terapéutico. El paciente falleció acompañado de sus padres.

## CONCLUSIONES

La PAD es una herramienta dinámica que permite a los pacientes al final de su vida participar en la toma de decisiones, promoviendo que las intervenciones sanitarias estén alineadas con sus valores y preferencias. Como resultado de un proceso deliberativo de la relación médico-paciente, su resultado debe quedar registrado en la historia clínica.

El Pediatra de AP desempeña un papel fundamental en el manejo y coordinación del paciente crónico, aportando accesibilidad, longitudinalidad y conocimiento integral de su contexto biopsicosocial. Este liderazgo multidisciplinar en la planificación y coordinación de las actuaciones en materia de salud y cuidados aportan calidad al final de la vida.

Aunque la formación en cronicidad y cuidados paliativos ha sido tradicionalmente limitada dentro de la especialidad de pediatría, es crucial desarrollar competencias para garantizar una atención digna al paciente vulnerable. Estas competencias deberían incluir, además del conocimiento científico-técnico, habilidades de trabajo en equipo, comunicación y toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, en aras de una atención de calidad e integral en todas las etapas.

# IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN INTERHOSPITALARIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ADENITIS TUBERCULOSA.

*Morales Ojeda, Laura, Pérez Rivera, María, Castillejo Nieto, Cristina, Gutiérrez Parejo, Rosa, Rosales Fernández, María del Mar, Montes Valverde, María del Mar.  
Hospital Universitario de Jaén.*

## INTRODUCCIÓN:

La adenitis tuberculosa es la forma más frecuente de tuberculosis (TBC) extrapulmonar. Su tratamiento siempre ha supuesto un hándicap añadido en la población infantil. Hasta ahora, a la necesidad de una terapia prolongada, se sumaba la presentación de los fármacos, bien en jarabes con posologías complejas con cantidades considerables o bien comprimidos no masticables, lo que dificulta la adherencia al tratamiento. Desde 2023, se establecen nuevas pautas permitiendo ciclos más cortos y, además, están aprobadas nuevas formulaciones “child-friendly” en comprimidos dispersables que se pueden solicitar como medicación extranjera.

## CASO CLÍNICO



Lactante de 12 meses derivada a consulta de Infectología Pediátrica desde su hospital de origen por adenopatía submandibular derecha de 2 cm de 6 meses de evolución. Completados varios tratamientos antibióticos con amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, ketoconazol y cefadroxilo sin mejoría, se inicia estudio de despistaje de TBC y estudio de contactos.

### Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: normal
- Ecografía cervical: bultoma submandibular derecho con aspecto de adenopatía necrosada.
- TAC cuello y tórax: normal.
- Mantoux: >15 mm en varios miembros de la familia.
- IGRA: positivo.

Establecido el diagnóstico de **adenitis tuberculosa**, se inicia tratamiento con nueva medicación ajustada al peso → Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses, suspendiendo este último tras conocer estudio de resistencias en caso índice. Posteriormente, otros 2 meses con isoniacida y rifampicina.

Dada la dificultad social de la familia, se establece contacto periódico con el Centro de Salud y farmacia hospitalaria para facilitar revisiones y dispensación de fármacos y así mejorar la adherencia terapéutica.

## CONCLUSIONES:

- Ante una adenopatía con mala evolución debemos considerar la TBC dentro del diagnóstico diferencial.
- Las nuevas formulaciones en comprimidos dispersables de fármacos antituberculosos de primera línea facilitan la adherencia al tratamiento, en especial en la población pediátrica.
- Aprobados en España como medicamentos extranjeros, debe cursarse una solicitud individual de Medicamento Extranjero a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios desde la Farmacia Hospitalaria.
- El seguimiento de la TBC en Pediatría debe realizarse de forma exhaustiva y puede realizarse de forma interdisciplinaria.

# ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE ERES: UNA APP PSICOEDUCATIVA PARA MENORES CON DT1

Macarena Moreno-Balsera <sup>a, b</sup>, Sofía García-Roldán <sup>c, d</sup>, Concepción Muñoz-Sosa <sup>c, d</sup>, Joaquín Villaécija <sup>c, d</sup>, Bárbara Luque <sup>c, d</sup> y Sebastián Rubio <sup>c, e</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España.

<sup>b</sup> Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España.

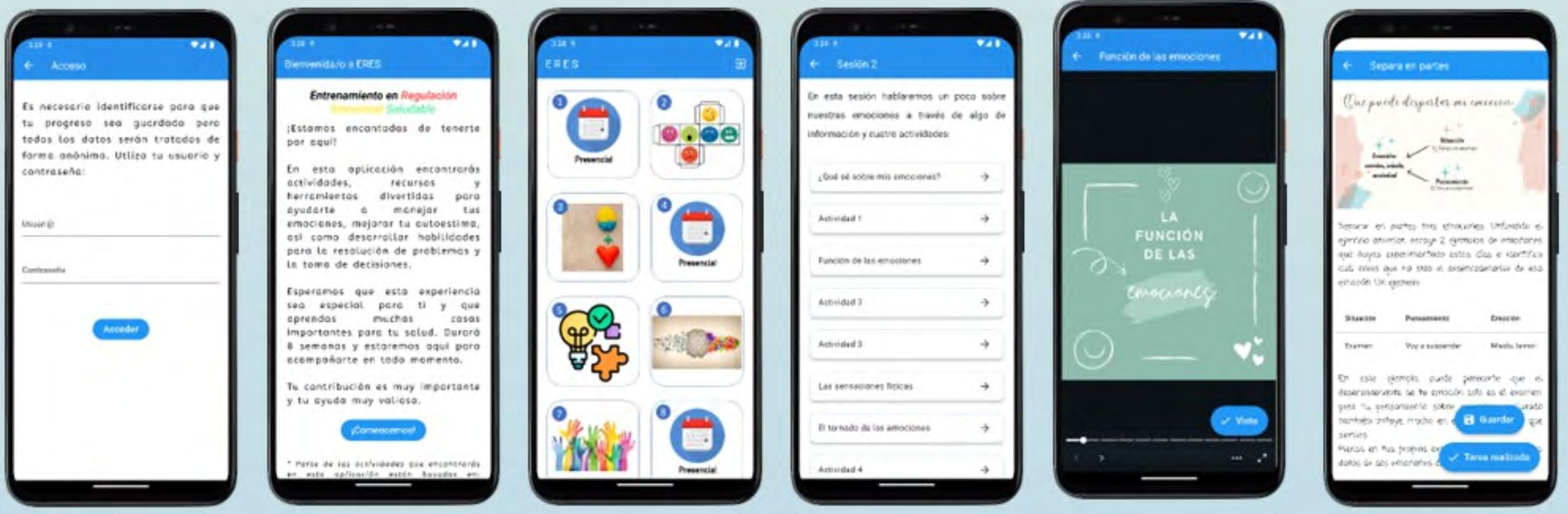
<sup>c</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España.

<sup>d</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España.

<sup>e</sup> Departamento de Didácticas Específicas, Universidad de Córdoba, España.

**Introducción:** ERES es una App diseñada para formar parte de una intervención semipresencial en regulación emocional y percepción de autoeficacia. Su objetivo es facilitar la gestión de la enfermedad en menores con Diabetes Tipo 1 (DT1). El objetivo de este estudio es analizar la viabilidad de la App a partir de diversas fuentes de información obtenidas de su uso en una muestra de 28 menores con DT1.

**Método:** Los usuarios descargaron la App en sus dispositivos móviles o tabletas digitales, donde pudieron acceder a distintas actividades y recursos diseñados para fomentar el desarrollo de habilidades de autoeficacia y regulación emocional.



Variables	M (SD)	
Edad	11.63 (2.59)	
Edad de debut	8.47 (2.89)	
Tiempo de diagnóstico	3.16 (2.54)	
Variables	N (%)	
Sexo	Niñas	12 (63.2)
	Niños	7 (36.8)
Administración de insulina	Bomba insulina	2 (10.5)
	Inyección insulina	17 (89.5)
Nº miembros en la familia	2	1 (5.3)
	3	5 (26.3)
	4	11 (57.9)
	5	1 (5.3)
	6	1 (5.3)

**Resultados:** ERES es una herramienta con un buen nivel de viabilidad, con una tasa de uso del 67.86%. La sesión con más accesos fue la segunda, y el recurso más visitado fue el video formato *TikTok*, seguido de las presentaciones en formato *Instagram*. Sin embargo, los recursos en los que pasaron más tiempo fueron las actividades y los recursos adicionales.

**Discusión:** Según los hallazgos, ERES se trata de un recurso útil en este tipo de intervención, aunque es necesario optimizar algunos aspectos, como reducir el abandono.

**Conclusión:** Con el respaldo de profesionales de la salud, ERES se convierte en una buena herramienta para complementar la atención médica y psicológica y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con DT1.



sjrubio@uco.es



# CRIBADO NEONATAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: SENCILLO Y EFICAZ

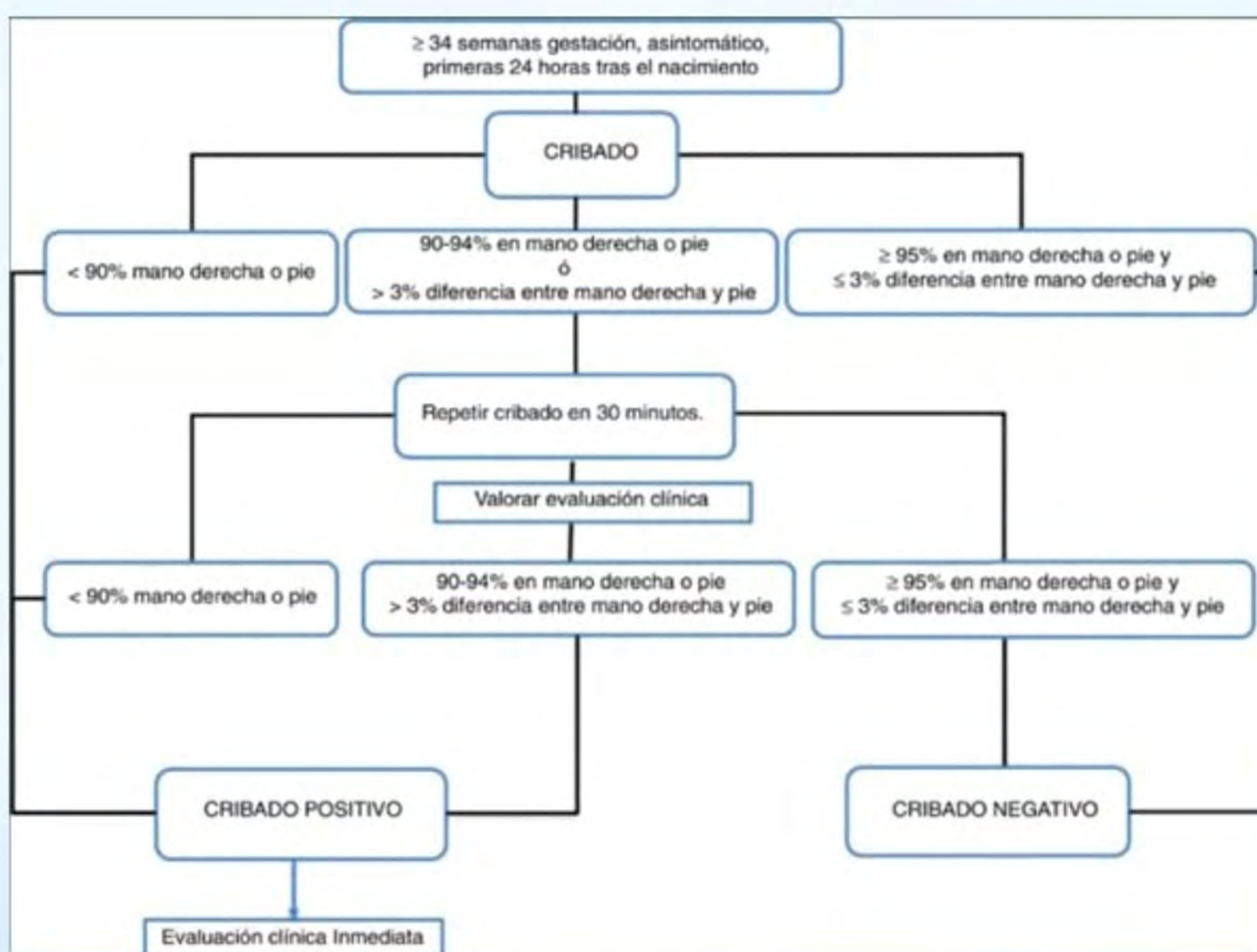
Moreno Balsera, M; Ramírez Arenas, M; Luque Salas, M; López Belmonte, G; de La Bella Garzón, A; Pardo Celdrán M.

Instituto Hispalense de Pediatría. Hospital San Juan de Dios, Córdoba.

La incidencia de cardiopatías congénitas (CC) es de 2.3/1000 recién nacidos vivos en España. El 30% se diagnostican tardíamente, siendo una patología grave. La ecografía fetal ha demostrado una baja sensibilidad, solo un 60% se diagnostican prenatalmente. La exploración clínica no detecta el 20-30% de las mismas. Si unimos la ecografía y exploración no se diagnostican un 2%.

El cribado neonatal de CC consiste en medir mediante pulsioximetría, la saturación de oxígeno pre y post ductal. Tiene una sensibilidad del 76.5%, una especificidad del 99.9% y un porcentaje de falsos positivos del 0.14%.

Cómo hacemos el cribado : con la medición de saturación de oxígeno pre y post ductal en los RN a las 12-24 horas de vida. Se realiza con equipos de pulsioximetría con algoritmos neonatales, ya que tienen buena tolerancia al movimiento y amplio rango de sensibilidad a saturaciones de oxígeno



## Conclusiones

Desde enero de 2024, se ha aprobado para formar parte de la cartera común de servicios asistenciales el sistema nacional de salud. Aún pendiente de implementación.

En nuestro centro llevamos utilizándolo 8 años. Hasta el momento, realizándolo a todos los RN en las primeras 24 horas de vida, hemos detectado 8 cardiopatías congénitas, 2 enfermedades metabólicas, 1 enfermedad mitocondrial y 2 casos de hipertensión pulmonar.

# EFICACIA DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE EJERCICIO EN NIÑOS PARA AUMENTAR LOS NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA



## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mayoría de las poblaciones pediátricas no cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) establecidas por las organizaciones internacionales. No se ha evaluado adecuadamente la eficacia de los consejos casuales de AF proporcionados durante las consultas médicas en cuanto a su papel en el fomento de este hábito saludable. Este estudio pretende evaluar la eficacia de las prescripciones médicas de AF para aumentar los niveles de AF en niños en comparación con el consejo sanitario estándar (CS), así como medir la eficacia de estas recomendaciones para reducir el tiempo diario frente a la pantalla (TP) en la población pediátrica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado con grupos paralelos, que incluyó a 130 participantes de entre 6 y 14 años de un centro de salud urbano. Los datos sobre los niveles de AF (duración e intensidad), el TP y las medidas antropométricas se recogieron mediante un cuestionario. Los participantes se dividieron en dos grupos: CS (3 minutos) y prescripción médica de ejercicio [PME] (10 minutos). Los niveles de AF se evaluaron a los 3 y 12 meses y los resultados se registraron mediante el mismo cuestionario. Se realizó un análisis multivariante de los datos.

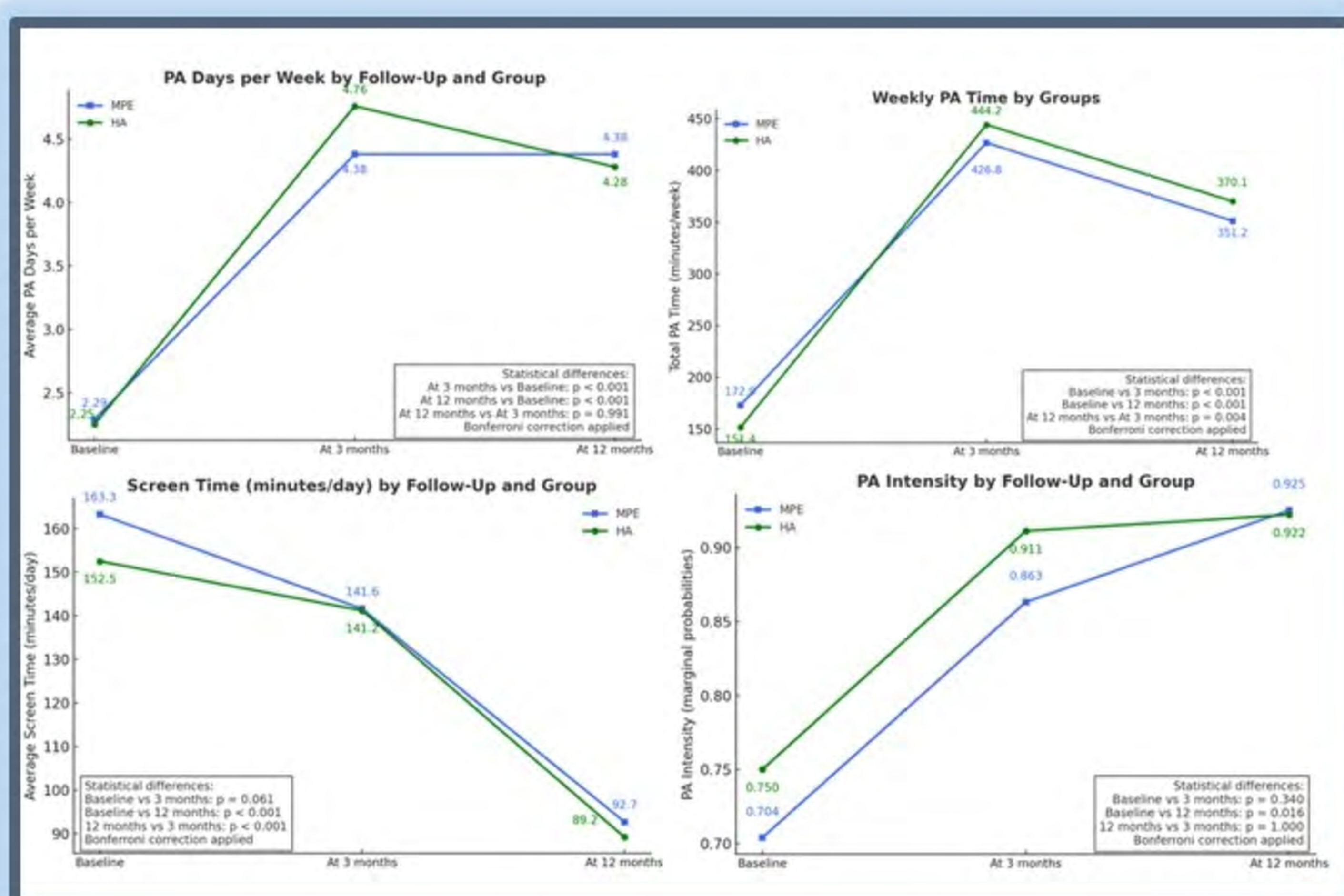


Figura 1: evolución temporal del tiempo de AF, días de AF por semana, TP e intensidad de AF: medias y probabilidades marginales previstas para los grupos de intervención y control

## RESULTADOS

Los niveles de AF aumentaron significativamente en ambos grupos en términos de intensidad y duración. El TP disminuyó en ambos grupos, mostrando una relación inversa con el índice de masa corporal (IMC). No hubo diferencias significativas en los niveles de satisfacción con respecto a la intervención recibida. Se necesitan más investigaciones para desarrollar intervenciones de salud pública eficaces y sostenibles para prevenir el comportamiento sedentario a largo plazo en los niños.

## CONCLUSIONES

- Se identificó una relación inversa entre el TP y la AF, lo que sugiere que la reducción del TP podría fomentar hábitos más saludables en los niños.
- Este estudio apoya la creciente evidencia sobre los beneficios de las prescripciones de ejercicio en poblaciones pediátricas, demostrando mejoras sostenidas en el tiempo.
- Los pediatras desempeñan un papel fundamental en la promoción de cambios en el estilo de vida a través de intervenciones breves pero específicas, influyendo significativamente en los niveles de AF de los niños y reduciendo la TS. Estos resultados ponen de relieve la necesidad de seguir investigando para optimizar las iniciativas de salud pública dentro de la atención pediátrica.



# SÍNDROME DE CASCANUECES: A PROPÓSITO DE UN CASO

a-ELENA ORTIZ MESA; b-DIEGO MANZANARES GARCÍA; c-MONTSERRAT MONTES PEÑA; d-ANA ISABEL SANCHEZ BAUTISTA; e-ISABEL VALLE GARCIA

MOYANO. a-b:MIR Pediatría Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba, c-e: Pediatra Atención Primaria Centro de salud Fuensanta.. DSCG.Córdoba

## INTRODUCCIÓN

- El Síndrome del Cascanueces (SC) se caracteriza por la compresión extrínseca de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior, lo que impide sudrenaje normal en la vena cava inferior.
- Es una de las causas posibles de hematuria, varicocele izquierdo y proteinuria ortostática.
- El diagnóstico inicial se realiza mediante ecografía Doppler.
- El tratamiento en la infancia suele ser conservador, salvo en casos graves o persistentes.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años con polaquiuria aislada de 5 días.No Ap ni AF de interés, salvo actividad deportiva intensa.

Exploración física, tensión arterial y glucemia capilar normal.

Tira de orina: 4 cruces de proteínas. Densidad 1025. Resto normal.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Sedimento urinario normal. Urocultivo negativo

Primera orina de la mañana: Cociente

Proteinuria/Creatinuria:(CProt/creat): 0.35 mg/mg

.Control tras 48 horas de inactividad inactividad: 0,27 mg/mg. Control a los 15 días normal( 0.076mg/mg).

Estudio de función renal normal, serologías y autoinmunidad negativa.

Eco Doppler: confirma síndrome de Cascanueces.

\* Se remite a la paciente a Nefrología infantil para seguimiento.



\* Compresión de la vena renal izquierda a su paso por la pinza aortomesentérica , con dilatación retrógrada de la misma.

## CONCLUSIONES

- La proteinuria en pediatría puede ser un signo benigno y transitorio o un marcador de patologías crónicas.Se debe cuantificar su excreción a través del cociente Prot:Creat en la primera orina de la mañana.
- La proteinuria ortostática supone hasta un 75% de la proteinuria en los adolescentes. Su diagnóstico exige la remisión de la proteinuria tras el reposo. En caso de ejercicio intenso, como en nuestro caso, es necesario previo a la cuantificación realizar una inactividad de 48 horas.
- La ecografía Doppler constituye la prueba de imagen inicial ante la sospecha de esta patología. No obstante el gold standar es la venografía retrógrada, reservada para casos complejos.
- La proteinuria relacionada con el ejercicio, bien aislada, como en nuestro caso, asociada a hematuria o dolor abdominal , debe hacernos pensar en el Síndrome de Cascanueces dentro del diagnóstico diferencial.

## A propósito de un caso clínico: IMPÉTIGO NEONATAL

RN a término sin AP ni AF de interés  
Parto eutócico. Bolsa rota de 4 horas. EGB negativo  
A los 5 días de vida consulta por lesiones ampollas en hemiabdomen inferior, nalga y borde del ombligo con exudado melicérico (fig1). Resto exploración normal.

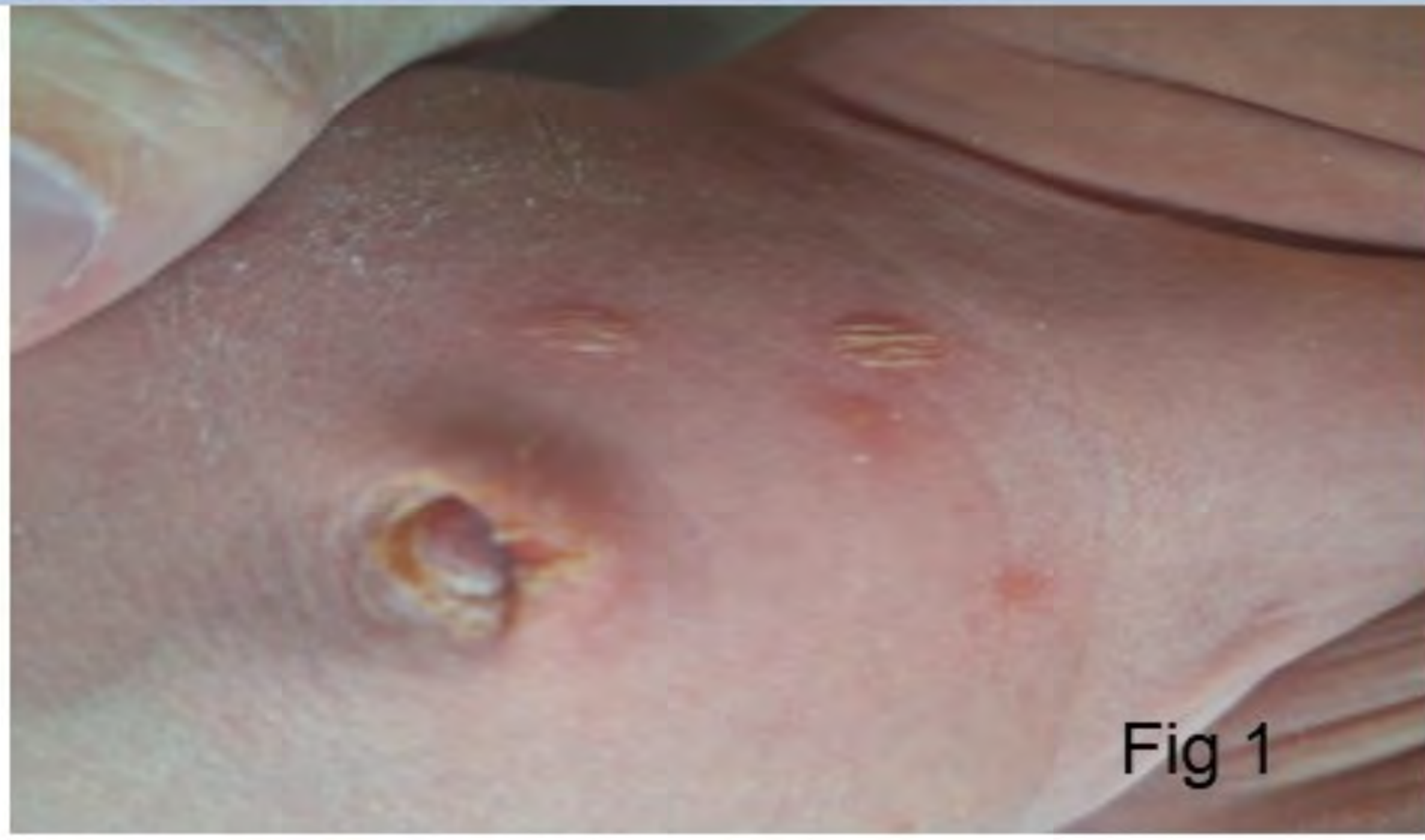


Fig 1



Fig 2

### NUESTRO CASO...

Con sospecha de Impétigo ampolloso se toma cultivo de las lesiones y por edad se remite al Hospital

### INGRESO EN NEONATOLOGÍA

Tratamiento tópico (mupirocina) y observación.

EMPEORAMIENTO a las 48 horas (fig2)

.Hemocultivo: negativo  
Cultivo de exudado:  
-E. Coli sensible a mupirocina y S. aureus resistente a mupirocina y sensible a ácido fusídico

TRATAMIENTO INTRAVENOSO  
Amoxicilina/clavulánico y ácido fusídico tópico.

RESOLUCIÓN Y ALTA:  
Completa tratamiento durante 10 días

### CONCLUSIONES:

- El impétigo bulloso, tal como ocurrió en nuestro paciente, es la presentación más frecuente de impétigo en neonatos.
- Se caracteriza por bullas frágiles, de predominio en cuello, tronco, extremidades, y región anogenital que dejan una superficie eritematosa y exudativa

- El tratamiento inicial es tópico con mupirocina o ácido fusídico, aunque siempre es recomendable la toma de cultivo de la lesión, por posibles resistencias, como ocurrió en nuestro caso, o por cepas de S. aureus resistentes a Meticilina (MERS)
- La progresión de las lesiones, y la edad del paciente estableció la instauración de tratamiento iv (cefadroxilo o amoxicilina/clavulánico)

# ¿Es atractiva la Atención Primaria para los pediatras en formación?

Partal Rodríguez Santiago<sup>a</sup>, Valles Valverde Carla<sup>b</sup>, Jiménez Fernández Amparo<sup>c</sup>, Rodríguez Cueto Candela<sup>b</sup>, Fernández Campos María Amparo<sup>d</sup>

## INTRODUCCIÓN:

La Pediatría en Atención Primaria (PAP) desempeña un papel esencial en el cuidado y mejora de la salud infantil. Sin embargo, el interés por dedicarse a este ámbito de la Pediatría dentro de los Médicos Internos Residentes (MIR) de dicha especialidad parecen ser escasos, lo que podría comprometer la sostenibilidad del actual modelo asistencial. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los MIR de Pediatría de Andalucía sobre la importancia de la PAP en su comunidad autónoma.

## MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo sobre la opinión de la Pediatría en Atención Primaria de los MIR de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas de hospitales de segundo y tercer nivel de Andalucía que hayan rotado por Primaria mediante un formulario online anónimo, recogido durante enero y febrero del presente año

## RESULTADOS:

Han contestado la encuesta 40 MIR, el 90% son mujeres, la duración de la rotación es de tres meses en un 87.5%, repartida entre el primer y tercer año de residencia. El 90% considera fundamental su paso por Primaria para su formación. Un **70% está muy satisfecho con su rotación** y como mejora consideran aumentar el tiempo de rotación.

El escaso tiempo de duración de la rotación es lo que la mayoría consideran lo más negativo de la rotación y entre lo más positivo el conocer otra forma de trabajar, el trato cercano con el paciente y su familia y el enfoque global del paciente. Sin embargo, un 30% trabajaría en primaria solo si no tuviera un contrato en un hospital y un **52% si el contrato es largo**, prefiriendo un 20.5% un contrato a tiempo parcial en el hospital a un contrato completo en Primaria.

## CONCLUSIONES:

Los pediatras en formación reconocen el valor fundamental de la Pediatría de Atención Primaria para su formación y para la salud de la infancia. Sin embargo, se necesitaría aumentar el tiempo de rotación y hacerse en los últimos años de formación para hacerla más enriquecedora y el pediatra en formación pudiera contar con más autonomía en la consulta haciendo más atractiva esta área de la Pediatría.

Además, sería necesaria una **mayor implicación de la Administración ofreciendo contratos de mayor duración a los MIR** al término de su formación lo que contribuiría a que un porcentaje importante decidieran trabajar en Primaria.

# MI HIJO TIENE FIEBRE, ¿OTRA VEZ?

Lucía Pérez Ortiz (MIR-Pediatría Hospital Universitario Reina Sofía), Diego Manzanares García (MIR-Pediatría Hospital Universitario Reina Sofía), Joaquín Pérez Gavilán (Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Adamuz).

Lactante de 18 meses que consulta por **fiebre** de hasta 39°C de 3 días de evolución.

- Exploración física: hiperemia faríngea y adenopatías laterocervicales.
- Ambiente epidémico negativo.
- La familia refiere **episodios febriles recurrentes** en los últimos meses.

Se revisa historia clínica y se constata:

- **Fiebre periódica cada 4-5 semanas** aproximadamente,
- presentando **10 episodios en los últimos meses**, algunos acompañados de dolor abdominal y en una ocasión, cojera.
- **Asintomático intercrisis.**



Ante sospecha inicial de síndrome PFAPA, y objetivando respuesta parcial a corticoides orales, se deriva a **Inmunología** para descartar otras causas de EAI.

Finalmente, el **estudio genético** resultó positivo para la **mutación en el gen TRAPS** en heterocigosis, cuya terapia profiláctica incluye colchicina, anakinra o canakinumab.

Las **enfermedades autoinflamatorias (EAI)** engloban un conjunto de trastornos poco frecuentes caracterizados por **episodios inflamatorios agudos y recurrentes.**

- **Etiología:** alteraciones genéticas y moleculares que dan lugar a una disregulación del sistema inmune innato.
  - El **diagnóstico** es genético.
- **Tratamiento:** agentes biológicos que bloquean citocinas proinflamatorias, particularmente IL-1.
- El **síndrome asociado al receptor del TNF (TRAPS)** es uno de los más frecuentes.



Con este caso queremos incidir en la **importancia de la Pediatría de Atención Primaria en la sospecha** de estas enfermedades:

- ✓ **Posee un conocimiento integral del paciente y continuidad en la asistencia**, favoreciendo un diagnóstico precoz.
- ✓ **Conoce la historia clínica del niño**, identificando patrones que podrían pasar desapercibidos en evaluaciones aisladas.

# IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS ADENOPATÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez Rivera, María, Morales Ojeda, Laura, Montes Valverde, María del Mar, Rosales Fernández, María del Mar, Pedrosa Maldonado, Javier, Castillejo Nieto, Cristina. Hospital Universitario de Jaén

- ADENOPATÍA: ganglio patológico por alteraciones COLOR y/o CONSISTENCIA.
- GANGLIOS CERVICALES PATOLÓGICOS: > 1 cm.
- Una ANAMNESIS y EXPLORACIÓN FÍSICA detalladas permiten orientar la ETIOLOGÍA
- Datos clínicos más importantes TAMAÑO, VELOCIDAD DE CRECIMIENTO, CONSISTENCIA, TIEMPO DE EVOLUCIÓN, INFECCIONES Y/O CONTACTOS RECIENTES

ADENOPATÍAS VIRALES  
- Suelen ser bilaterales

ADENOPATÍAS BACTERIANAS  
- Dolorosas  
- Unilaterales  
- Sin adherirse a planos profundos

MICOBACTERIAS  
- Eritema en piel

DATOS DE ALARMA → AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL, DISFAGIA SIGNOFOCATICA, NO MEJORÍA TRAS 48-72 H DE TRATAMIENTO EMPÍRICO → orientan ENFERMEDAD TUMORAL: ADENOPATÍAS PÉTREAS O GOMOSAS, ADHERIDAS A PLANOS PROFUNDOS



¡Necesidad de estudio y derivación urgente!

## TRATAMIENTO INICIAL

- ❖ Ibuprofeno en bilaterales o unilaterales <2 cm
- ❖ Antibiótico oral en unilaterales >2 cm y/o fiebre
- ❖ Si no existe mejoría → pruebas complementarias, iniciando en AP las de 1º y 2º nivel y derivando al hospital las de 3º nivel
- ❖ Si sospecha proceso tumoral ¡¡¡remitir al paciente al hospital cuanto antes!!!

## CASO CLÍNICO 1

- ♀ 10 años consulta por fiebre dos semanas y tumoración en región laterocervical izquierda.
- EF: adenopatía submandibular izq de 3x3cm, eritematosa, blanda y dolorosa resto normal.
- Analítica sanguínea: leucocitosis con neutrofilia, LDH 294U/l y PCR 14,6mg/L
- Ecografía: “adenopatías laterocervicales con pérdida de ecoestructura, la mayor de 48x21 mm”
- Ingreso hospitalario y antibioterapia empírica. Durante el estudio se realiza **Mantoux e IGRA, ambos POSITIVOS**
- Inicia tratamiento antituberculoso - Diagnóstico definitivo con PCR y cultivo de aspirado gástrico para **Mycobacterium tuberculosis**

## CASO CLÍNICO 2

- ♀ de 5 años consulta por bultoma en hemicara derecha, afebril.
- Se diagnostica inicialmente de parotiditis, recibiendo tratamiento sintomático.
- Tras 48 horas reconsulta por empeoramiento del dolor y aumento de tamaño a 2x2cm
- Se inicia antibiótico y pruebas de 1º y 2º nivel.
- Aumento de tamaño de 4x5 cm en 2 días
- Se deriva al Hospital para continuar estudio, detectándose **RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO**

## CONCLUSIÓN

\*\*\*La elevada frecuencia de las adenopatías palpables en AP no debe hacernos pasar por alto los múltiples diagnósticos diferenciales posibles, valorando los signos de alarma y estableciendo el tratamiento más adecuado en cada momento\*\*\*



## ¿SIGNO DE LA ESPUMADERA?, ¿PERO QUE TENGO EN LA CABEZA?

Pino Gálvez, María Asunción, Centro de Salud Federico del Castillo, Jaén.

### INTRODUCCIÓN

El Querion de Celso es la variedad inflamatoria de la tiña capitis. Es característico el “signo de la espumadera”, que consiste en la salida de pus por los folículos de la zona de la lesión.

### RESUMEN DEL CASO

Niña de 3 años con lesión en cuero cabelludo de 2 meses de evolución tras contacto con gatos.

- Lesión redondeada, de 5 cm de diámetro, de base eritematosa y cubierta de escamas amarillentas con escasos cabellos que se desprenden con facilidad. Al ejercer una leve presión se objetiva salida de secreción.
- Varias adenopatías occipitales y cervicales redondeadas.
- Estudio microbiológico en su país con aislamiento de *Microsporidium Canis*. Había realizado tratamiento con Ketoconazol tópico e itraconazol de forma intermitente sin mejoría

Se inició tratamiento con Griseofulvina oral a 20 mg/kg/día que se mantuvo durante 10 semanas y Ketoconazol al 2% tópico. También se trataron los familiares con Ketoconazol tópico. En las primeras 2 semanas de tratamiento ya se objetivó una mejoría muy significativa con disminución importante del componente inflamatorio y desaparición de las adenopatías. Continuó con una mejoría progresiva de la lesión pero quedó con un área alopécica



INICIO



2 SEMANAS



10 SEMANAS

### CONCLUSIONES

- El diagnóstico de la tiña capitis inflamatoria o Querión de Celso es clínico, aunque se recomienda estudio microbiológico.
- El tratamiento de elección es la griseofulvina oral 6-8 semanas (aunque en algunos casos se puede extender su duración). Se suele asociar ketoconazol tópico con acción esporicida que deben aplicarse los convivientes.
- La principal secuela es la alopecia cicatricial permanente.
- El conocimiento por el Pediatra de Atención Primaria es fundamental para un diagnóstico y tratamiento precoz, disminuyendo así el riesgo de una alopecia cicatricial.



# EL ROL DE LA AUTOEFICACIA Y LA POSITIVIDAD EN LA CALIDAD DE VIDA DE MENORES CON DIABETES TIPO 1

Magdalena Ramírez <sup>a,b</sup>, Joaquín Villaécija <sup>c,d</sup>, Naima Z. Farhane-Medina <sup>c,d</sup>, Carmen Taberero <sup>e</sup>, Sebastián Vivas <sup>c,d</sup> y Bárbara Luque <sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España.

<sup>b</sup> Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España.

<sup>c</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España.

<sup>d</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España.

<sup>e</sup> Departamento de Psicología Social y Antropología, Universidad de Salamanca, España.

## Introducción y objetivo

La diabetes tipo 1 es una condición crónica diagnosticada fundamentalmente en la etapa infantojuvenil. Los menores que conviven con ella deben enfrentarse a un ajuste en la toma de decisiones que puede afectar significativamente a su calidad de vida. El **objetivo** de este estudio fue explorar las relaciones entre variables psicosociales y motivacionales con la calidad de vida en menores con diabetes tipo 1 usuarios del sistema andaluz de salud.

## Método

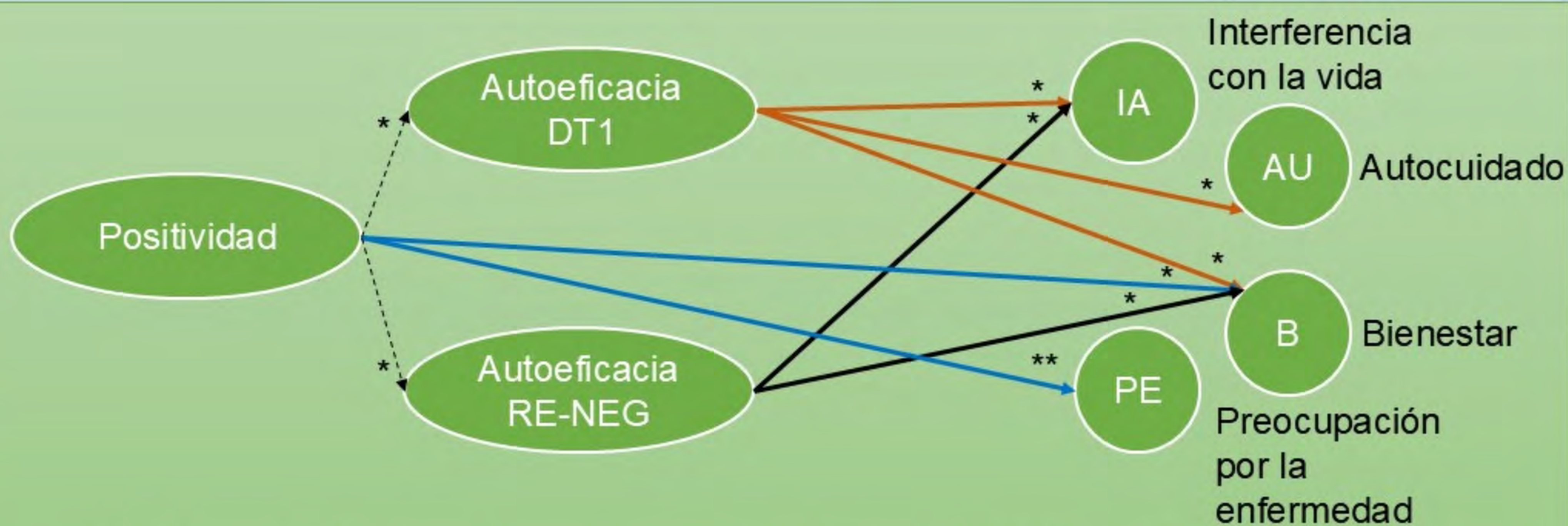
Se utilizó un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo. La variable principal utilizada, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se evaluó mediante un cuestionario validado en español, cuyo constructo se mide a partir de cuatro factores que lo explican: la interferencia con la vida, el autocuidado, el bienestar general y la preocupación por la enfermedad. Como variables secundarias, se midieron la autoeficacia para el manejo de la condición crónica, la positividad y la autoeficacia para la regulación emocional.

## Resultados

Variables biomédicas		M (DT)
Edad de debut		9.75 (2.89)
Tiempo desde el diagnóstico		6.52 (4.31)
Variables sociodemográficas		N (%)
Sexo	Femenino	37 (41.6)
	Masculino	51 (57.3)
Administración de insulina	Bomba de insulina	8 (9.0)
	Inyección de insulina	81 (91.0)

Variable dependiente (VD)	M (DT)
Interferencia con la vida (IA)	1.83 (.77)
Autocuidado (AU)	3.95 (.76)
Bienestar (B)	3.96 (.77)
Preocupación por la enfermedad (PE)	3.10 (1.03)

CVRS



\* Modelo explicativo con interacciones significativas ( $p < .001$ ;  $p < .01$ ; y  $p < .05$ ).

\*\* Significación tendencial / marginal ( $p < .10$ ).

## Conclusión

Estos resultados proporcionan evidencia relevante sobre la importancia de abordar variables psicosociales en la atención y el cuidado de menores con diabetes tipo 1. Los resultados pueden ser de gran utilidad para el diseño de intervenciones psicoeducativas dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de estos menores.

## ÍNDICE CINTURA-TALLA COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO COMPLEMENTARIA AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA DIETA

Carlos Recio Añón<sup>a</sup>, María Luisa Serrano Gómez<sup>b</sup>, Cecilia Fernández González<sup>c</sup>,  
Julia Carracedo Añón<sup>d</sup>, Antonio González Martín<sup>e</sup>, María Dolores Marrodán Serrano<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de familia. DCCU. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir <sup>b</sup>Pediatra. Distrito Sanitario Córdoba

<sup>c</sup>Enfermera. AGC Osuna <sup>d</sup>Dto de Genética, Fisiología y Microbiología, Universidad Complutense de

Madrid <sup>e</sup>Dpto. de Biodiversidad, Ecología y Evolución. Universidad Complutense de Madrid <sup>f</sup>Grupo de Investigación EPINUT, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

### Introducción

Según el estudio ALADINO 2023, la prevalencia de exceso de peso en escolares españoles de entre 6 y 9 años es del 36,1 %, observándose mayor obesidad en niños que en niñas.

### Objetivo

Analizar la evolución del exceso ponderal y la obesidad abdominal en el período 2017-2023  
Evaluar su asociación con la calidad de la dieta.

### Métodos

- ✓ Estudio semilongitudinal de escolares de 1º de primaria. Comarca de Écija.
- ✓ En 2017 se evaluaron 95 niños y niñas, en 2018 se sumaron 79 participantes y en 2019 se añadieron 67 más. En 2023 se volvieron a medir 205 de los incluidos entre 2017 y 2019 (Tabla 1).
- ✓ Se registraron peso, talla y circunferencia de cintura (Figura 1) y se calcularon el índice de masa corporal (IMC) y el de cintura-talla (ICT).
- ✓ Se determinó la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como la asociación entre los indicadores antropométricos y la calidad dietética estimada mediante el cuestionario KIDMED.

Tabla 1. Diseño del estudio.

Año del estudio	2017	2018	2019	2023
Curso	1º primaria	1º y 2º primaria	1º primaria	5º, 6º primaria y 1º ESO
(observaciones)	(95)	(174)	(67)	(205)
Edad de los escolares (Media ± DE)	6,37 ± 0,56	6,91 ± 0,73	6,12 ± 0,40	11,41 ± 1,04



Figura 1. Medida de la circunferencia de la cintura.

### Resultados

- ✓ El 45,9-65,6% presentó un ICT elevado, mientras que el exceso ponderal por IMC fue del 32,3-37,6% (datos alineados con ALADINO) (Figura 2).
- ✓ El ICT fue más sensible para identificar obesidad infantil.
- ✓ Una dieta de menor calidad se asoció con mayor grasa abdominal en 2023 (Figura 3)

### Prevalencia de exceso ponderal y obesidad abdominal



Figura 2. Prevalencia de exceso ponderal (sobrepeso + obesidad) a lo largo del período analizado.

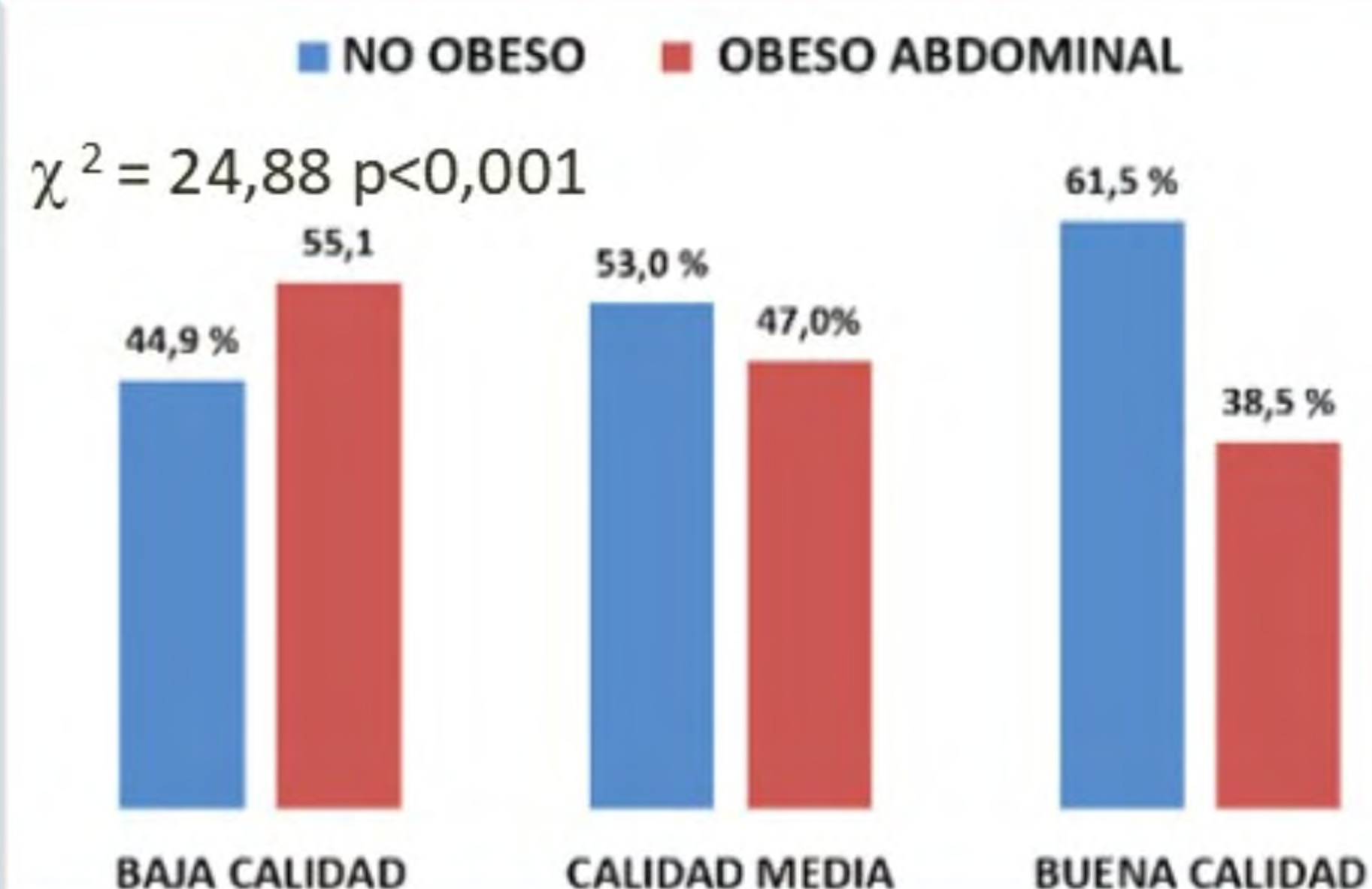


Figura 3. Asociación entre obesidad abdominal (ICT elevado) y calidad de la dieta (baja: Kidmed 1-3 puntos, media:4-7, buena:  $\geq 8$ )

### Conclusiones

- ✓ El ICT mostró mayor sensibilidad que el IMC en la detección de obesidad abdominal.
- ✓ Su relación con la baja calidad dietética resalta la necesidad de estrategias nutricionales.
- ✓ Se recomienda su uso rutinario en pediatría para prevenir complicaciones metabólicas y cardiovasculares.



# DIAGNÓSTICO TARDÍO DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO: LA IMPORTANCIA DEL CRIBADO NEONATAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA

Remedios Ros Gracia<sup>a</sup>, Fernando Labrador Carrillo<sup>b</sup>, Inmaculada Gavilán García<sup>c</sup>. <sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>c</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba. España.



11 años

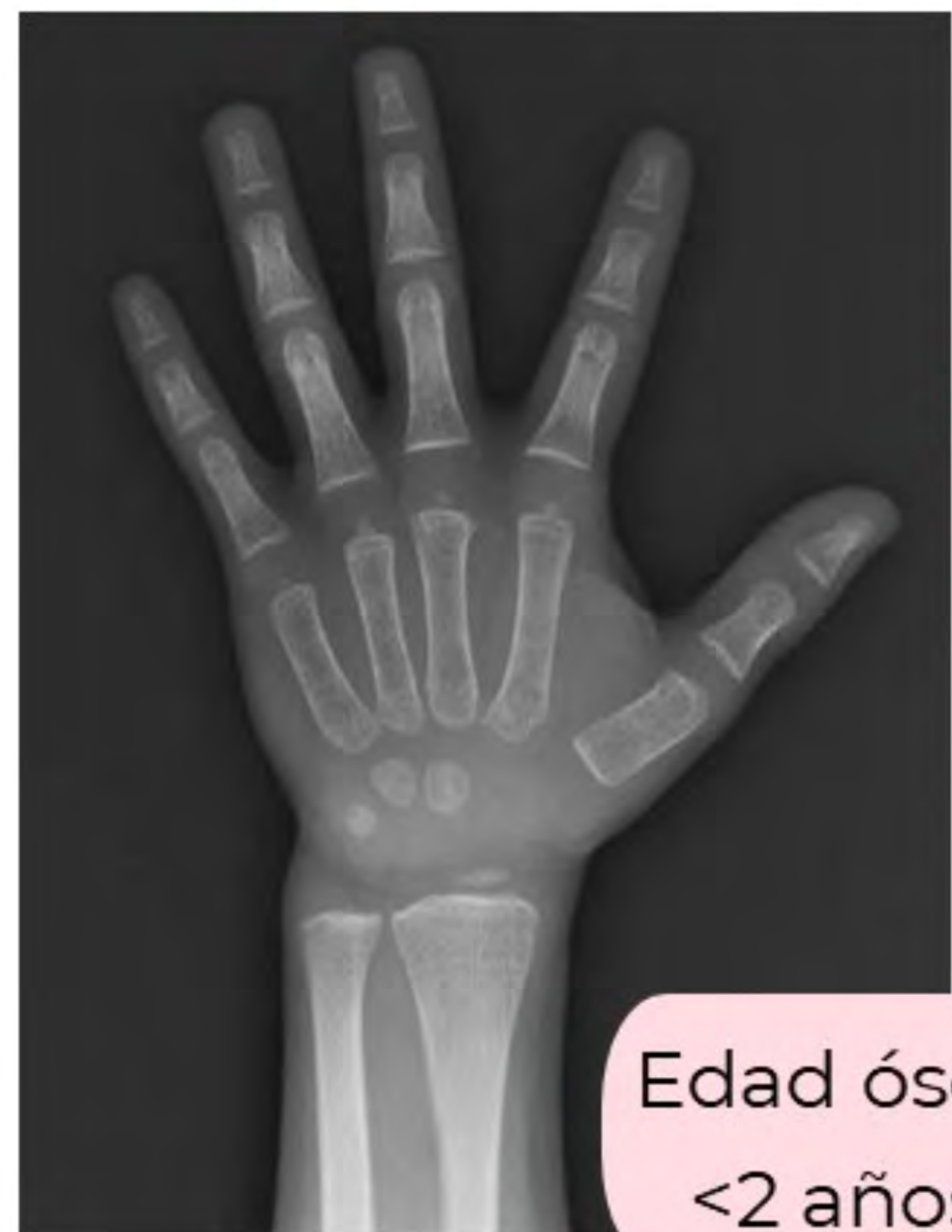
1<sup>a</sup> visita Centro de Salud → Procedente de Gambia

- AP: retraso en el desarrollo psicomotor, dificultades en el lenguaje y aprendizaje
- EF: talla baja (112.8 cm, p<1 -4.93 DE), facies tosca, piel seca y abdomen globuloso

Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



- Hemograma ✓
- Bioquímica ✓
- TSH ↑↑ 671  $\mu$ UI/L
- T4 libre ↓↓ 0,23 ng/dL
- Autoinmunidad ✗
- ECO: ✗ glándula tiroides



Edad ósea <2 años

- ● Previo inicio de tratamiento
- ● Tras inicio de tratamiento

DIAGNÓSTICO:  
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO (HC)

Tratamiento con levotiroxina

4 meses

- Mejoría parcial desarrollo cognitivo
- ↑ 7,2 cm. Talla: 120 cm (p<1, -4.27 DE)
- TSH 2,69  $\mu$ UI/L y T4 libre 0,94 ng/dL



¡Escanéame!

## CONCLUSIONES

1. El HC es una de las principales causas de discapacidad intelectual prevenible en la infancia
2. La detección precoz mediante el cribado neonatal permite instaurar tratamiento en las primeras semanas de vida, evitando secuelas irreversibles



# MAMÁ, ¿POR QUÉ ME HUELEN LOS PIES? A PROPÓSITO DE UN CASO

Remedios Ros Gracia<sup>a</sup>, Elena López Vargas<sup>b</sup>, Fernando Labrador Carrillo<sup>c</sup>. <sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Almodóvar. Córdoba. España. <sup>c</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

## CASO CLÍNICO



6 años

- EA: hipersudoración y mal olor podálico de 1 semana de evolución + lesiones cutáneas en ambas plantas
- AP: sin interés
- EF: lesiones ovaladas con forma de cráter en las plantas de ambos pies y pulpejos de los dedos, no dolorosas



### 1 INTRODUCCIÓN

#### QUERATOLISIS PUNCTATA

Diagnóstico clínico



Hiperhidrosis

Lesiones queratolíticas

Bromhidrosis



### 2 ETIOLOGÍA



Infección por GRAM +

- *Corynebacterium sp.*
- *Kytococcus sedentarius*
- *Actinomyces keratolyticus*



Humedad

Oclusión prolongada



### 3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



- Tiña plantar
- Queratodermia punctata
- Verrugas plantares
- Eritrasma

Luz de Wood: **fluorescencia rojo coral**

### 4 TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO



- Mupirocina tópica c/12h 3 semanas
- Otras opciones: Ácido fusídico, eritromicina o clindamicina (+/- peróxido de benzoilo)



- Si grave → Antibioterapia oral (eritromicina o cefalosporinas)



Cambio diario de calzado y calcetines  
Lavado y secado meticuloso de los pies  
Uso de calcetines de algodón



¡Escanéame!



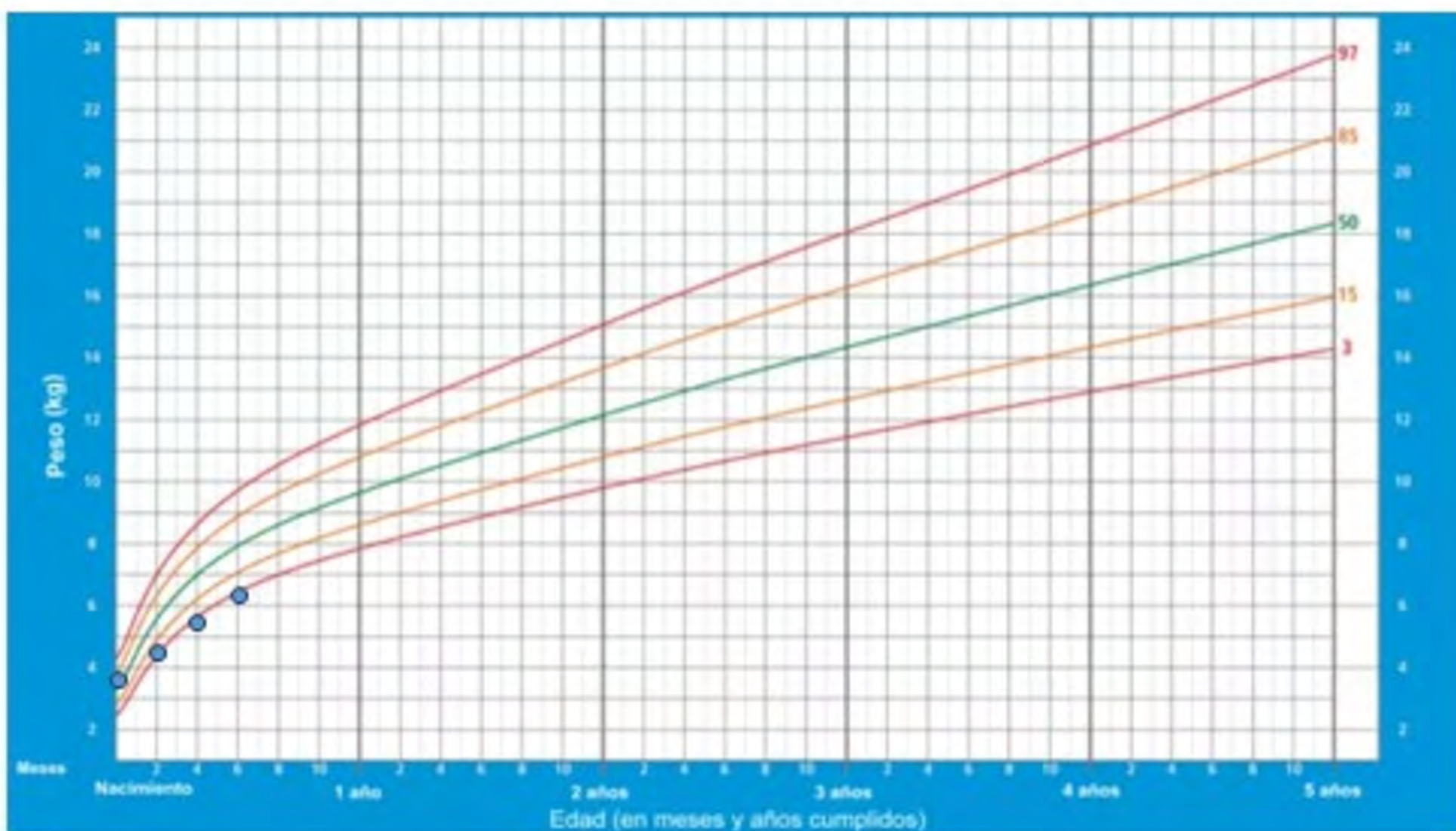


# Fallo de medro con características atípicas. La importancia de la detección precoz.

Autores: Iván Ruiz Arévalo, Marina García Sanz, Blanca Navarro Gochicoa

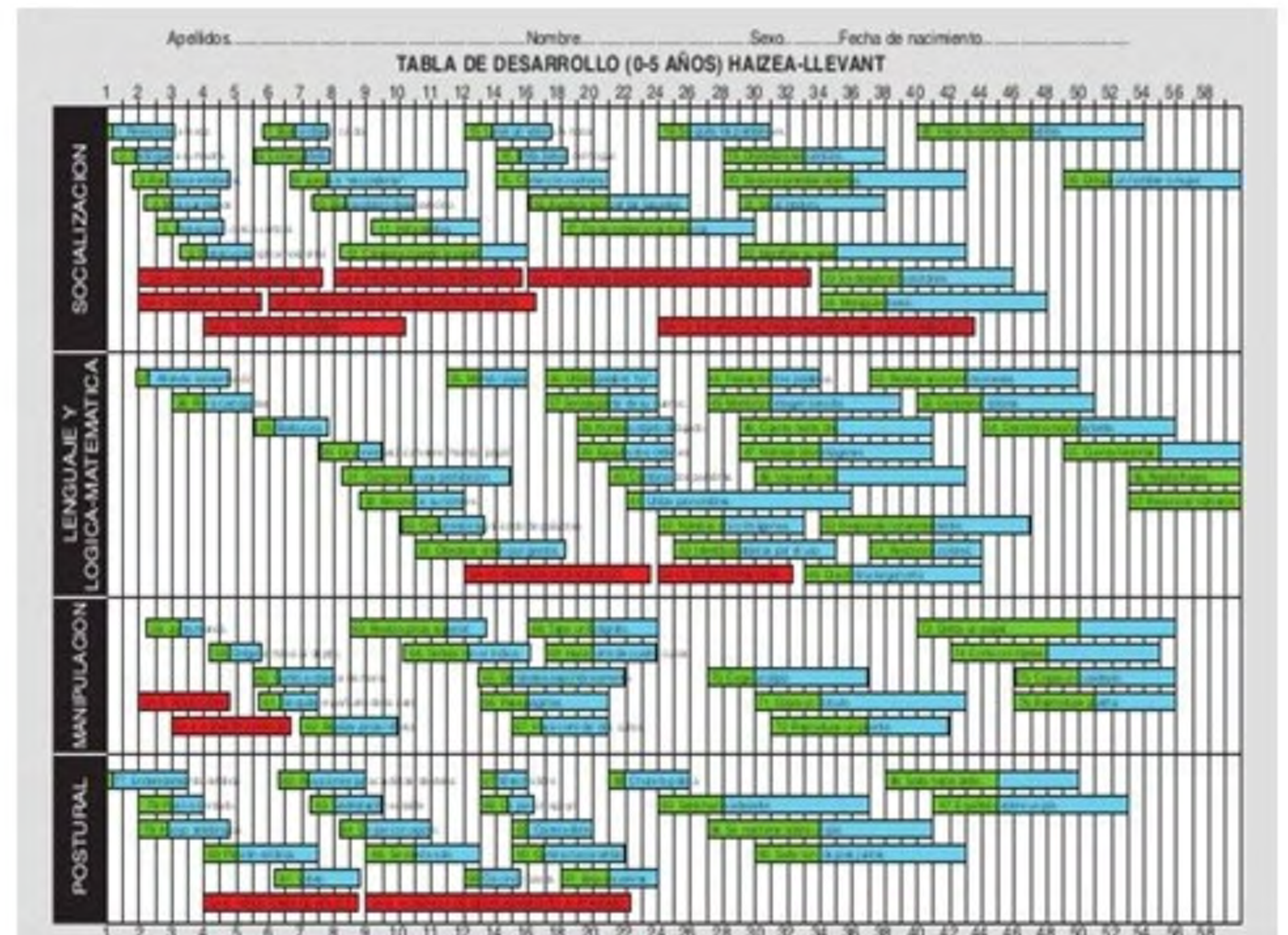
**Introducción:** El fallo de medro es una entidad frecuente en la práctica de la pediatría de atención primaria, que habitualmente se presenta de forma transitoria durante la primera infancia, pero que en ocasiones puede ser la manifestación inicial de patologías subyacentes. La programación de visitas periódicas, la evaluación integral de síntomas asociados y la monitorización continua del neurodesarrollo son estrategias fundamentales para el diagnóstico precoz de enfermedades raras vinculadas a este cuadro clínico.

**Presentación del caso:** lactante de 2 meses de edad que acude a revisión de salud programada.



Durante la consulta de salud infantil se detectó una ganancia ponderal insuficiente en comparación con el peso al nacer, ubicándose en el percentil 11 (-1,27 DE). A pesar de una **monitorización semanal** que evidenció una ganancia ponderal progresiva, el percentil de peso se mantuvo bajo.

A los 4 meses, la exploración neurológica reveló un sostén cefálico inestable, tendencia a mantener el puño cerrado y ausencia de agarre hacia la boca, asociados a hipotonía axial, hipertonia en las extremidades y reflejos osteotendinosos (ROT) exaltados. La analítica sanguínea mostró hipertransaminasemia moderada (AST/ALT: 406/568 U/L) y elevación de creatina quinasa (188 U/L), lo que llevó a la derivación a los servicios de Neuropediatría y Gastroenterología Pediátrica.



Dentro de la valoración especializada se realizó una resonancia magnética y un estudio analítico ampliado orientado al despistaje de enfermedades metabólicas y mitocondriales, sin hallazgos relevantes. Finalmente, mediante un **exoma dirigido** se identificó una variante probablemente patogénica en el gen IFIH1, asociada al **Síndrome de Aicardi-Goutières (SAG) tipo 7**.

**Conclusiones:** El SAG es una enfermedad hereditaria rara causada por la desregulación de la respuesta al interferón tipo I, lo que conduce a su sobreproducción. Clínicamente se manifiesta como una encefalopatía progresiva de marcada heterogeneidad fenotípica, siendo el retraso psicomotor y el fallo de medro en los primeros meses de vida hallazgos frecuentes. La monitorización continua del neurodesarrollo y el seguimiento en atención primaria resultan pilares fundamentales para el diagnóstico temprano de estas enfermedades, repercutiendo positivamente en el pronóstico y la morbimortalidad de los pacientes.



# NEURITIS ÓPTICA DESMIELINIZANTE: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Paloma Sánchez Gallego<sup>1</sup>. María Amparo Gracia Alfonso<sup>2</sup>. Lucía Hernando Marín<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>MIR Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

<sup>2</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Levante Norte. Córdoba. España.

## INTRODUCCIÓN

La neuritis óptica (ON) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante generalmente monocular, que cursa con:

- Pérdida de agudeza visual aguda.
- Dolor con los movimientos oculares.
- Dificultad para la percepción del color.

Características:

- Aislado vs. Recurrente.
- Síntoma inicial de enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple).
- Niños → Antecedente de infección viral (39-60%)

## CASO CLÍNICO

♂ 6 años



**Pérdida de agudeza visual bilateral** con la aparición progresiva de visión borrosa y disminución de la percepción de los colores.

- No antecedentes personales de interés, traumatismos ni infecciones previas.
- No antecedentes familiares de enfermedades neurológicas o autoinmunes.

Exploración física:

- Marcha lenta e “insegura”.
- Disminución significativa de la agudeza visual bilateral.
- Fondo de ojo → Papiledema bilateral.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Ecografía ocular → Diámetro de la vaina de ambos nervios ópticos en límite alto de la normalidad.
- Resonancia magnética craneal y medular + Potenciales evocados visuales → Captación de gadolinio en ambos nervios ópticos en las papilas, sin otras lesiones. Confirmación de afectación bilateral.
- Estudio etiológico :
  - Autoanticuerpos negativos.
  - Estudios de LCR normales (citoquímica, bandas oligoclonales negativas, estudio infeccioso y anatomía patológica).
  - Serologías (positividad IgM Mycoplasma) con PCR en exudado nasofaríngeo negativo, recibiendo tratamiento con levofloxacino.

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Sospecha de **ON bilateral** → Tratamiento con **metilprednisolona** a 30mg/kg/día (durante cinco días), seguido posteriormente de tratamiento con prednisona oral a 1 mg/kg/día.



Ante la escasa mejoría clínica de la grave afectación visual se decidió iniciar infusión de **inmunoglobulinas intravenosas** al séptimo día de ingreso, evidenciándose mejoría clínica progresiva hasta su resolución.

## CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia del diagnóstico precoz de la ON en niños como causa potencial de pérdida visual. El manejo temprano con corticoides es clave para la recuperación visual, aunque la evolución a largo plazo debe ser monitorizada debido a la posibilidad de recidivas o progresión hacia enfermedades desmielinizantes crónicas.





# Miocardiopatía hipertrófica como debut de Ataxia de Friedrich

Valdivielso Martínez, Ana Isabel<sup>1</sup>

Paz Cerezo, Manuel<sup>1</sup>

Alarcón, Patricia Mariela<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Peditra Atención Primaria, Centro de Salud Victoria, Málaga.

## Introducción

La ataxia de Friedreich es una enfermedad genética, con herencia autosómica recesiva, con la que los pediatras no solemos estar familiarizados ya que suele debutar en la adolescencia. Los síntomas cardinales que llevan al diagnóstico en la edad pediátrica (10-14 años) suelen ser pie cavo, escoliosis y ataxia cerebelosa, pero también se asocia a patología cardíaca como la miocardiopatía hipertrófica y diabetes mellitus, que suelen aparecer en casos evolucionados.

## Descripción del caso

Niña de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por clínica de palpitaciones, dolor torácico con el ejercicio, sudoración y palidez.

En ECG se detectan ondas T negativas en derivaciones precordiales y extrasístoles ventriculares (ilustración 1), por lo que se realiza ecocardiograma que lleva al diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, confirmado en resonancia magnética (ilustración 2), iniciando entonces terapia con betabloqueantes.



Ilustración 1: Extrasístoles ventriculares

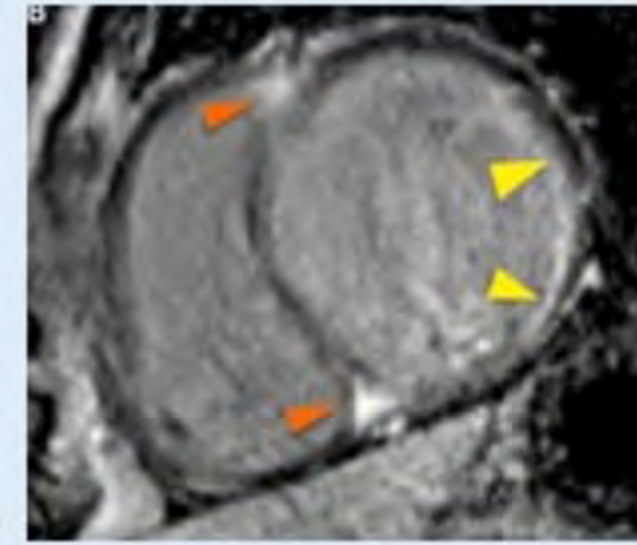


Ilustración 2: RM cardíaca que muestra fibrosis del miocardio.

Dos años después, inicia sintomatología neurológica, con pérdidas de equilibrio, tendencia a lateralizar la marcha y caídas frecuentes, junto con temblor intencional. El ENG concluye que existen hallazgos compatibles con polineuropatía sensitiva axonal (ilustración 3) y el estudio genético confirma mutación en cromosoma 9 que consiste en repetición de triplete GAA, responsable de la enfermedad Ataxia de Friedreich.

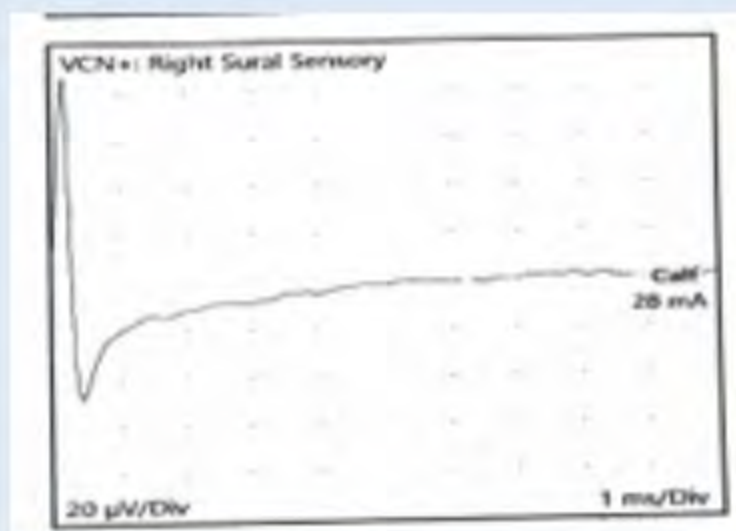


Ilustración 3: ENG que muestra la ausencia de potencial evocado, compatible con neuropatía sensitiva

La AF es una enfermedad lentamente progresiva que incapacita para la deambulación unos 15 años tras iniciarse los síntomas. La esperanza de vida es de 30-40 años y la mortalidad suele deberse a consecuencias de la cardiopatía. La particularidad de este caso radica en que la cardiopatía precedió al cuadro de ataxia.

# NEVUS MUCOSO ORAL: UN HALLAZGO INCIDENTAL EN EL CONTROL DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL



Emilia Vélez Moreno<sup>1</sup>, Irene Ibáñez Godoy<sup>2</sup>, Inés Vico Marín<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada), <sup>2</sup>Centro de Salud Almanjáyar (Granada), <sup>3</sup>Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (Granada)



## INTRODUCCIÓN

En Pediatría las lesiones pigmentadas suelen ser un **motivo de consulta frecuente** y causa de preocupación en las familias. Normalmente son lesiones **benignas**, aunque a veces pueden ser patológicas o ser el primer indicio de una **enfermedad sistémica**. Es por esto que es importante conocer las características de estas lesiones para un adecuado manejo en la consulta de Atención Primaria.

## RESUMEN DEL CASO

Paciente de 3 años que acude al control del Programa de Salud Infantil. No posee tratamientos crónicos ni patologías crónicas diagnosticadas. No ingesta de medicamentos en los últimos días. Niega traumatismos. Durante la exploración se objetiva **lesión de 0.3 cm de bordes redondeados y sin inflamación circundante**. Se realiza teleconsulta con Dermatología, que indican seguimiento por tratarse de un **nevus oral**. Actualmente el paciente mantiene seguimiento y se mantiene asintomático.



## CONCLUSIONES

El nevus mucoso oral es una **lesión benigna** de origen melanocítico relativamente rara. El intramucoso es el tipo más frecuente (61% de los casos), seguido por el nevus azul común (23%). Suelen localizarse en el paladar duro, la mucosa bucal, el borde del labio y la encía. Son generalmente **planos, de color marrón y miden menos de 1 cm de diámetro**. Aunque son benignos, es importante estar familiarizados con sus características clínicas para diferenciarlos de otras lesiones pigmentadas, incluyendo el **melanoma oral** (raro en pediatría), las **lentiginosis**, las **manchas café con leche** y otras causas de pigmentación oral, como **pigmentación exógena** (metales pesados o fármacos), **lesiones vasculares e incluso traumatismos**. Solo en aquellos con riesgo de malignización (**atípicos, cambios bruscos en coloración, tamaño, hemorragia espontánea**), aquellos localizados en áreas de traumatismo y roce frecuente y en el caso del nevus congénito, será necesario valorar su exéresis. También destacar la **importancia de evaluar la cavidad oral en los controles del Programa de Salud Infantil**.



# MANEJO DE LA ANQUILOGLOSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: SEGUIMIENTO DE LA DÍADA MADRE-LACTANTE Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA FRENOTOMÍA



Inés Vico Marín, María Vega Almazán Fernández de Bobadilla, Carolina Hernández-Carrillo Rodríguez y Encarnación Caba Martín

## INTRODUCCIÓN

La presencia de anquiloglosia se asocia a un agarre deficiente que causa dolor mamario y aumento de peso subóptimo del lactante. Sin embargo, su manejo no está homogeneizado. El objetivo de este estudio es analizar una cohorte de diadas madre-lactante con anquiloglosia subsidiaria de frenotomía y evaluar su impacto en la lactancia materna.

## METODOLOGÍA

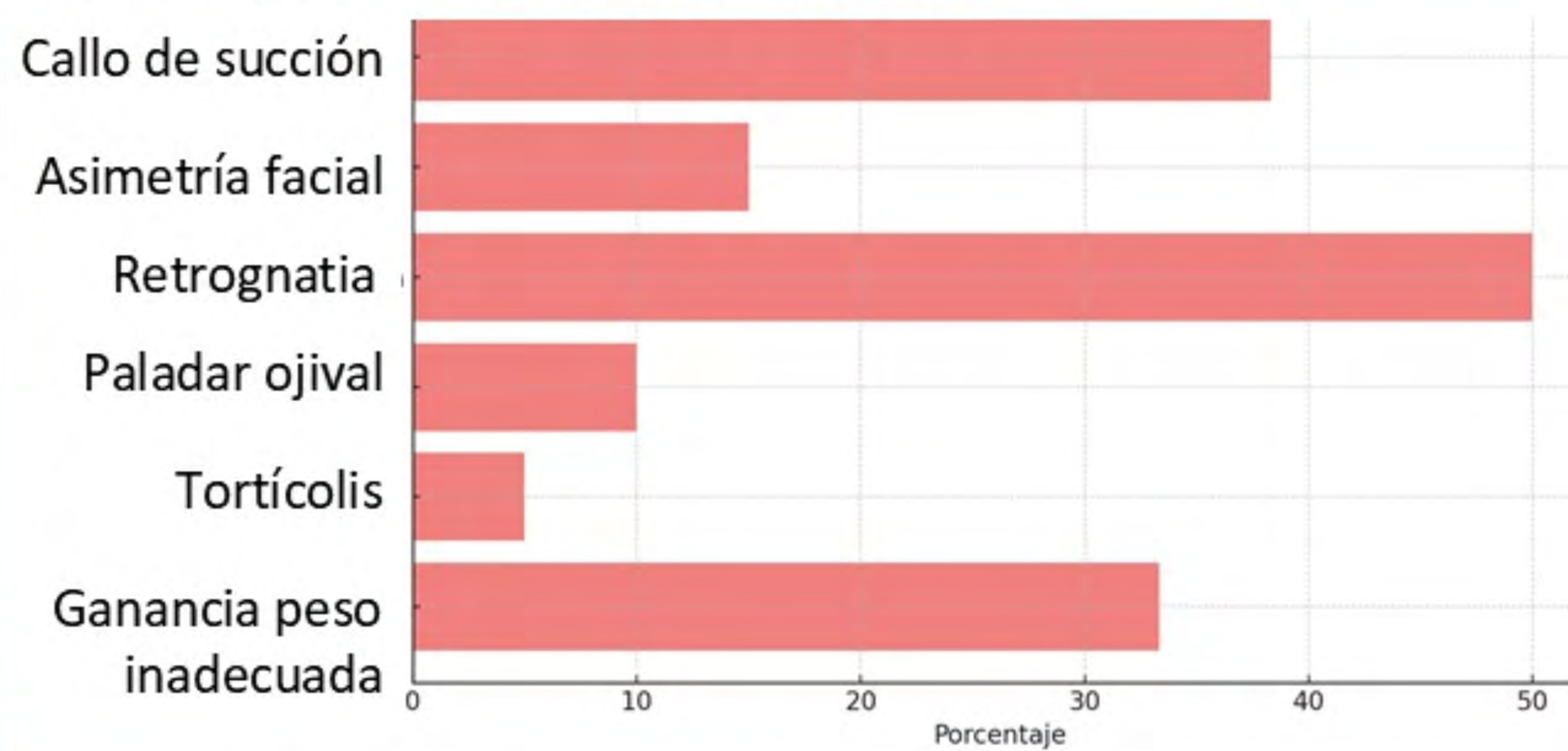
Estudio de cohortes de 72 lactantes con anquiloglosia provenientes de siete centros de salud de zona norte del área metropolitana de Granada. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes, exploración y evaluación mediante escalas LATCH, TABBY, Hazelbaker y EVA de dolor.

## RESULTADOS

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Diagnóstico anquiloglosia por matrona (52,8%), pediatra (38,9%) y fisioterapeuta (1,4%).
- Sexo (H:M) 61,1% : 38,9%
- Edad al diagnóstico: 20,8 días

### EXPLORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO:



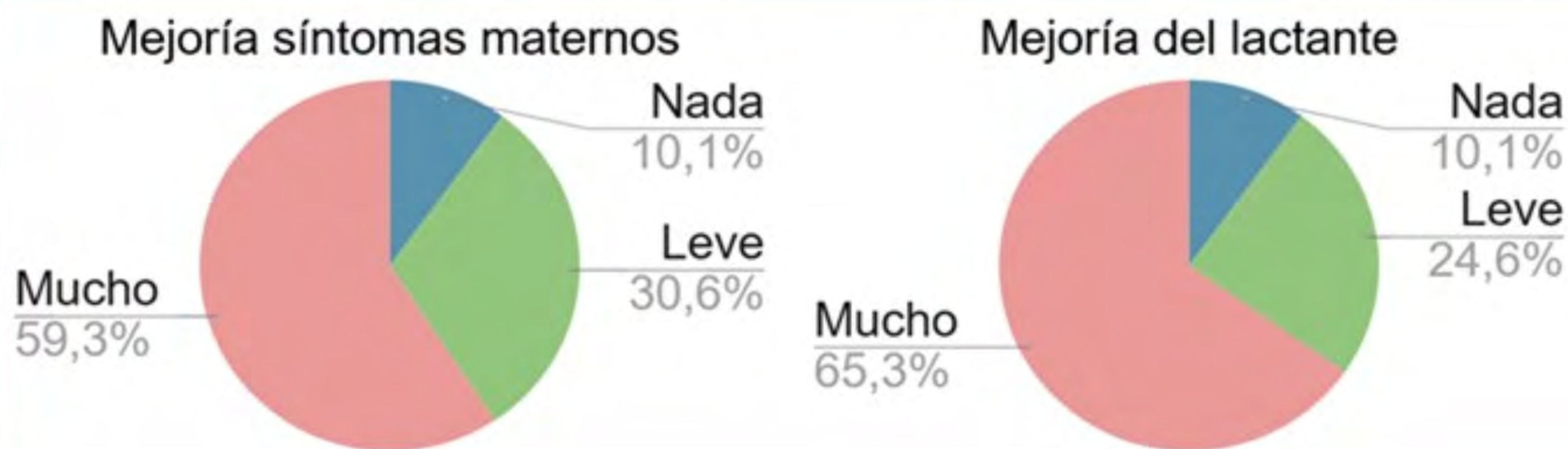
### MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor mamario (43,1%), irritabilidad (27,4%), agarre ineficaz (13,9%), consulta de revisión (12,5%), grietas en el pezón (8,3%) y otros (chasquidos, tomas largas, hipogalactia, mastitis recurrentes, somnolencia del lactante e hipoglucemia).

### TRATAMIENTO Y RESULTADOS:

La frenotomía fue realizada en el centro de salud (91,7%) y en el hospital (3,3%); sólo dos pacientes no fueron intervenidos.

El 82,5% recibió terapia miofuncional post frenotomía → baja incidencia de complicaciones: cicatriz lengua normal 87,8% y buena movilidad lingual 98%



	ANTES	DESPUÉS	TEST	VALOR P
SPFQ	2.24	0.5	T student	p=0,000
LATCH	5,73	7,91	T student	p=0,000
LME	56.5%	56.9%	McNemar	p=0.083
Ganancia peso adecuada	66.7%	94%	McNemar	p < 0,001
Grietas pezón	8.5%	6%	McNemar	p=0.000

Por tanto, la frenectomía...

- **Reduce el dolor mamario** en madres que amamantan.
- **Mejora la eficiencia de la lactancia.**
- **Normaliza la ganancia ponderal** de los lactantes.
- Reduce las alteraciones en la apariencia mamaria, destacando la **reducción de grietas** en el pezón.

## CONCLUSIÓN

La frenotomía en atención primaria se muestra como un procedimiento eficaz, con impacto positivo en la eficiencia de la lactancia, reducción del dolor mamario y ganancia ponderal del lactante, aunque no consigue mejorar las cifras de lactancia materna exclusiva. La detección precoz y el uso de escalas validadas son claves.