

28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CÓRDOBA

14 y 15 de
marzo 2025



Asociación
Andaluza
de Pediatría
de Atención
Primaria



Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

TRABAJANDO CON EL FUTURO

M. Ranchal Montes

1ª edición: marzo 2025

© AndAPap Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

Edita Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

ISSN: 2603-9338

ISBN: 978-84-09-70721-8

Reservados todos los derechos. Publicación gratuita en formato digital pdf, descargable. Queda prohibida su reproducción sin la referencia a esta publicación.

Advertencias

Este libro recoge las ponencias y comunicaciones científicas presentadas en las 28ª Jornadas de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía 2025, celebradas en Jaén los días 14 y 15 de marzo de 2025.

Las opiniones y contenidos de este libro corresponden en exclusiva a sus autores; a éstos debe atribuirse la responsabilidad y el mérito. Por tanto, debe entenderse que los editores y la AndAPap no comparten necesariamente las afirmaciones y posicionamientos expuestos por los autores.

Tanto los autores como los editores han puesto el mayor cuidado e interés para evitar errores en la transcripción de tratamientos, fármacos y la dosificación de éstos. No obstante, como precaución adicional ante posibles errores inadvertidos, recomendamos a los lectores que contrasten estos datos con otras fuentes antes de aplicarlos a los pacientes.

La rápida evolución de los conocimientos médicos y la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles en cada momento pueden hacer que algunos de los contenidos de este libro pueden perder actualidad y vigencia con el tiempo. Recomendamos a los lectores que estén atentos a estos cambios y los evalúen de forma crítica.

Ponencias

		<i>Página</i>
<i>Almazán Fernández de Bobadilla, M.ª Vega</i>	<i>Enfermedad Celiaca. Actualización.</i>	<i>6-15</i>
<i>Arroyo Buenestado, Ana Isabel</i>	<i>Mitos y verdades en odontología pediátrica</i>	<i>16-36</i>
<i>Carranza Almansa, Inmaculada</i>	<i>Caries de primera infancia. Evidencia y prevención</i>	<i>37-40</i>
<i>Fernández Hernández, Eugenio</i>	<i>¿Del psicólogo o del pediatra?</i>	<i>41-44</i>
<i>López Mármol, Rocío</i>	<i>Indicaciones de tratamiento con hormona de crecimiento en España y nuevas alternativas terapéuticas en Endocrinología pediátrica</i>	<i>45-47</i>
<i>Martínez Lázaro, Noelia</i>	<i>Problemas Ginecológicos Frecuentes En Edad Pediátrica</i>	<i>48-65</i>
<i>Muñoz de la Torre, Elena</i>	<i>Ejercicios Útiles Para Problemas Ortopédicos Frecuentes</i>	<i>66-70</i>
<i>Rodríguez Salas, Mónica</i>	<i>Aspectos prácticos que no te contaron de la Alimentación Infantil</i>	<i>71-75</i>
<i>Vicente Rueda, Josefina</i>	<i>Va de huesos Lesiones óseas que "no hay que tocar" en la infancia</i>	

Comunicaciones Póster

Página

Alonso Peña, Pablo	Más Allá De Un Síncope En La Adolescencia: Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica	76
Burgos Rodríguez, Ángela	A propósito de un caso: malformación costal.	77
Cantarero Vallejo, M ^a Dolores	Un caso de líquen escleroso vulvar en la consulta	78
Comino Vázquez, Paloma	Primera visita al recién nacido en atención primaria en andalucía	79
de la Cruz Marín, Marta	Hepatomegalia a estudio. A propósito de un caso	80
De Santiago García-Caro, Eloisa	Tortícolis adquirida en pediatría... Un amplio diagnóstico diferencial	81
Escobar Muñoz, M ^a José	¿Han cambiado las derivaciones a Atención Temprana tras la pandemia?	82
Fernández Campos, M ^a Amparo	Implantación de la enfermería pediátrica en la provincia de Almería	83
Ferrera Méndez, Javier	Artritis idiopática juvenil en atención primaria. A propósito de un caso	84
García del Moral, Ana	Parotiditis recurrente juvenil como manifestación extraintestinal de la Enfermedad Celiaca. A propósito de un caso.	85
García Iglesias, Francisco	Linfangitis asociada a picadura de insecto, a propósito de un caso.	86
García Lara, Gracia M ^a	Pequeñas rarezas, grandes hallazgos	87
García Navarrete, Sonia	A propósito de un caso: hallazgo casual en iris durante la primera revisión de un neonato	88
García Navarrete, Sonia	A propósito de un caso: paciente con placa hiperqueratósica descamativa en cuero cabelludo de 2 meses de evolución	89
García Peces, Paloma	Qué son esas manchas que tiene mi hija	90
García Sanz, Marina	Estreñimiento y fallo de medro	91
García Sanz, Marina	Tumoración cervical con la tos y la risa	92
González Garrido, Silvia	Palpitaciones y ejercicio en pediatría	93
González Herrero, Miriam	Doctora tengo un diente rosa	94
González Herrero, Miriam	Nodulos escabioticos.la importancia de la anamnesis	95
González Romero, Laura	Globalización de la salud: un caso de raíz cultural	96
Guarnido Rodríguez, M.ª de la Paz	Síndrome de arfid. La selectividad alimentaria como origen de un trastorno con implicaciones nutricionales	97
Guevara Báez, Daniela Carolina	Cuando el tratamiento asusta: midriasis súbita en una crisis de asma	98
Guevara Báez, Daniela Carolina	Uso de la inteligencia artificial generativa como herramienta educativa en la transición médica de adolescentes con enfermedades crónicas	99
Gutiérrez Parejo, Rosa	Cuadro confusional tras la consulta del oftalmólogo	100
Hernando Marín, Lucía	Hematuria macroscópica en pediatría: la importancia de relizar una historia clínica detallada.	101
Hernando Marín, Lucía	Sd. Koolen de Vries: Un desafío diagnóstico y terapéutico	102
Jiménez Alés, Rafael	Factores sociofamiliares que inciden en la percepción parental de la ansiedad en adolescentes	103
Jurado Tabares, Laura	Mamá, tengo un punto en la nariz	104
Labrador Carrillo, Fernando	Cuando la tos no es solo tos. El papel de la atención primaria en la neumonía en la edad pediátrica	105
López Mármol, Ana Belén	Desarrollo de un programa de atención psicológica ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1	106
Luque Salas, Manuel	La importancia de la satisfacción vital en la actividad física, la dieta mediterránea y el índice de masa corporal en población pediátrica endocrina: un estudio longitudinal	107
Manzanares García, Diego	Eccema musical: secreción umbilical inesperada en un joven clarinetista	108
Manzanares García, Diego	Se queda ensimismado... ¿déficit de atención o crisis de ausencia?	109
Manzanares García, Diego	Síndrome de wilkie en una adolescente: un diagnóstico infrecuente en atención primaria.	110
Martínez Carretero, Marta	Apendagitis epiploica: la gran simuladora	111
Martínez Carretero, Marta	Más allá de lo común: detección de quiste tiroideo en atención primaria	112
Mesa Ciruelo, María	Decisiones anticipadas en pediatría de atención primaria: a proposito de un caso	113
Morales Ojeda, Laura	Importancia de la coordinación interhospitalaria en la adherencia al tratamiento de la adenitis tuberculosa.	114
Moreno Balsera, Macarena	Análisis de viabilidad de eres, app psico-educacional para menores con dt11	115
Moreno Balsera, Macarena	Cribado neonatal de cardiopatías congénitas: sencillo y eficaz	116

<i>Morillas Mingorance, Ángel</i>	<i>Eficacia de la prescripción médica de ejercicio en niños para aumentar los niveles de actividad física</i>	<i>117</i>
<i>Ortiz Mesa, Elena</i>	<i>A propósito de un caso: síndrome del cascanueces</i>	<i>118</i>
<i>Ortiz Mesa, Elena</i>	<i>A propósito de un caso: impétigo neonatal</i>	<i>119</i>
<i>Partal Rodríguez, Santiago</i>	<i>¿Es atractiva la atención primaria para los pediatras en formación?</i>	<i>120</i>
<i>Pérez Ortiz, Lucía</i>	<i>Mi hijo tiene fiebre, ¿otra vez?</i>	<i>121</i>
<i>Pérez Rivera, María</i>	<i>Importancia de la interferencia entre las inmunoglobulinas y hemoderivados en la efectividad de vacunas de virus vivos. Tiempos a tener en cuenta.</i>	<i>122</i>
<i>Pérez Rivera, María</i>	<i>Importancia de los signos de alarma de las adenopatías en atención primaria</i>	<i>123</i>
<i>Pino Gálvez, María Asunción</i>	<i>¿Signo de la espumadera?, ¿pero que tengo en la cabeza?</i>	<i>124</i>
<i>Ramírez Arenas, Magdalena</i>	<i>El rol de la autoeficacia y la positividad en la calidad de vida de menores con diabetes mellitus tipo 1</i>	<i>125</i>
<i>Recio Añón, Carlos</i>	<i>Índice cintura-talla como herramienta de cribado complementaria al índice de masa corporal en niños y adolescentes: relación con la calidad de la dieta</i>	<i>126</i>
<i>Ros Gracia, Remedios</i>	<i>Diagnóstico tardío de hipotiroidismo congénito: la importancia del cribado neonatal en la detección temprana.</i>	<i>127</i>
<i>Ros Gracia, Remedios</i>	<i>Mamá, ¿por qué me huelen los pies? A propósito de un caso</i>	<i>128</i>
<i>Ruiz Arévalo, Iván</i>	<i>Fallo de medro con características atípicas. La importancia de la detección precoz.</i>	<i>129</i>
<i>Sánchez Gallego, Paloma</i>	<i>Neuritis óptica desmielinizante: la importancia de la detección precoz.</i>	<i>130</i>
<i>Valdivielso Martínez, Ana Isabel</i>	<i>Miocardopatía hipertrófica como debut de Ataxia de Friedrich</i>	<i>131</i>
<i>Vélez Moreno, Emilia</i>	<i>Nevus Mucoso Oral: Un Hallazgo Incidental En El Control Del Programa De Salud Infantil</i>	<i>132</i>
<i>Vico Marín, Inés</i>	<i>Manejo De La Anquiloglosia En Atención Primaria: Seguimiento De La Díada Madre-Lactante Y Evaluación Del Impacto De La Frenotomía</i>	<i>133</i>



ENFERMEDAD CELIACA. ACTUALIZACIÓN

Almazán Fernández de Bobadilla, M^a Vega

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Maracena. Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

vegalmazanfdb@gmail.com

RESUMEN

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica mediada inmunológicamente, desencadenada por la ingesta de gluten y prolaminas relacionadas (secalinas, hordeínas y, posiblemente, aveninas), en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas variables, anticuerpos específicos, haplotipos del antígeno leucocitario humano (HLA) DQ2 o DQ8 y enteropatía.

La sospecha y estudio de aproximación diagnóstica inicial se realiza por el pediatra de Atención Primaria (PAP) con confirmación diagnóstica por el pediatra gastroenterólogo (PG).

El buen control de la enfermedad sin aparición de complicaciones depende de un adecuado cumplimiento y adherencia a la dieta sin gluten (DSG) y este seguimiento no se recomienda que sea asumido por el paciente y su familia sin controles médicos ni asesoramiento nutricional.

Cuando el paciente celiaco esté bien controlado podrá asumirse su seguimiento en Atención Primaria por personal con conocimiento de la enfermedad que realizará control clínico, nutricional, serológico e inmunológico con adaptación del calendario vacunal si fuera necesario.

INTRODUCCIÓN

La EC se define como una enfermedad sistémica mediada inmunológicamente, desencadenada por la ingesta de gluten y prolaminas relacionadas (secalinas, hordeínas y, posiblemente, aveninas), en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas variables, anticuerpos específicos, haplotipos del Antígeno Leucocitario Humano (HLA) DQ2 o DQ8 y enteropatía¹.

En España, su incidencia se sitúa en torno a 1/71 en la población infantil y 1/357 en la población adulta, siendo más frecuente en mujeres, con una razón aproximada de 2:1 con respecto al sexo masculino².

El único tratamiento eficaz de la EC es una dieta sin gluten (DSG) estricta durante toda la vida, debiendo recomendarse tanto a pacientes sintomáticos como asintomáticos. Además, una vez instaurada la dieta es necesario mantener un seguimiento multidisciplinar entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria que aborde monitorización clínica, nutricional, dietética, respuesta vacunal y soporte emocional al paciente y su familia³.

PAPEL DEL PEDIATRA DE AP EN LA ENFERMEDAD CELIACA

El manejo inicial tras el diagnóstico debe realizarlo, como profesional con experiencia en el manejo de la EC, el PG⁴. Siempre que sea posible, se recomienda el asesoramiento por parte de un dietista-nutricionista.

A. El pediatra en el diagnóstico de la EC

El PAP cuenta con diferentes herramientas para el diagnóstico de la EC (historia clínica, exploración física, serología, genética) y en ámbito hospitalario la confirmación histológica por el PG cuando esté indicado. Ninguna de estas pruebas por sí sola puede diagnosticar de forma definitiva la enfermedad y deben ser valoradas mientras el individuo realiza una dieta normal, con ingesta de gluten adecuada.





Según los últimos criterios de la ESPGHAN de 2020, el diagnóstico de EC puede realizarse en individuos tanto sintomáticos como asintomáticos, con determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa por encima de 10 veces el límite superior de la normalidad, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos^{1,3}:

- El niño/a debe estar realizando una dieta con gluten.
- No debe iniciar dieta sin gluten hasta que se haya completado el proceso diagnóstico.
- El laboratorio debe incluir en su calibración el valor de 10 veces el límite superior de la normalidad.
- La determinación de anticuerpos IgA antiendomiso debe realizarse en una segunda muestra de sangre.
- El HLA ya no es necesario para establecer el diagnóstico de enfermedad celiaca.
- Para confirmar diagnóstico, aunque no sea necesaria la biopsia intestinal, el paciente siempre debe ser derivado a una Unidad de Gastroenterología Pediátrica.
- La decisión de realizar el diagnóstico sin endoscopia y biopsia debe estar siempre consensuada con la familia.

El pediatra en el cribado

Existe un grupo de enfermedades con riesgo aumentado para padecer EC (Tabla 1). El cribado serológico de EC en estos grupos puede realizarlo el PAP directamente con la determinación de IgA total y de anticuerpos tipo IgA contra la transglutaminasa tisular (IgA-TG2) con periodicidad anual o bianual y si hay disponibilidad en atención primaria la determinación de HLA ligado a la enfermedad celiaca (DQ2/DQ8). Los genes HLA-DQA1 y HLA-DQB1 codifican las subunidades a y b, respectivamente, de la proteína heterodimérica HLA-DQ o DQ. La determinación de los alelos específicos que codifican DQ2.5 y DQ8 (HLA-DQA1*05, HLA-DQB1*02, HLA-DQA1*03 y HLA-

DQB1*03:02) constituyen la base de la prueba genética o test genético que puede emplearse en el diagnóstico de EC⁷. La genética tiene un papel importante en el cribado, debido a su alto valor predictivo negativo (más del 95% de los pacientes celiacos presentan el heterodímero HLA-DQ2, en concreto, la variante o isoforma conocida como DQ2.5, que en afectados de ascendencia europea se estima presente en el 90-96%^{5,6} por lo que un resultado negativo excluye con alta probabilidad el desarrollo de la EC.

Interpretación del estudio genético^{5,7,8,9}:

Es importante establecer si el riesgo de desarrollo de la EC es alto, moderado o bajo. De forma que entre los individuos DQ2.5 existe mayor riesgo de presentar EC en los que presentan dos alelos HLA-DQB1*02 y entre los DQ8, en individuos homocigotos.

En función del resultado del estudio genético se establecerá el riesgo de desarrollo de la EC como de alto, moderado y bajo riesgo.

-Riesgo muy alto. Presencia de HLA-DQ2 (DQ2.5) con dos copias del alelo HLA-DQB1*02: DQ2.5/DQ2.5, DQ2.5/DQ2.2.

Precisan control serológico anual hasta los 12 años y posteriormente cada 2 años.

-Riesgo moderado presencia de HLA-DQ2 (DQ2.5) con una sola copia del alelo HLA-DQB1*02 o ser homocigoto HLA-DQ8: DQ2.2/DQ7.5 (= DQ2.5 en configuración trans), DQ2.5/DQ8, DQ2.5/DQ7.5, DQ2.5/otro, DQ8/DQ8. Presencia de HLA-DQ8 y/o del alelo HLA-DQB1*02: DQ8/DQ2.2, DQ2.2/DQ2.2, DQ8/DQ7.5, DQ8/otro, DQ2.2/otro. Precisan control serológico anual hasta los 6 años y posteriormente cada 2 años.





-Riesgo bajo. Presencia del alelo HLA-DQA1*05: DQ7.5/DQ7.5, DQ7.5/otro. Precisan control serológico a los 3 años, 6 años, 10 años y 14 años.

C. El pediatra en el seguimiento

El seguimiento de la EC en Atención Primaria debe llevarse a cabo de manera multidisciplinar con profesionales (pediatra y enfermera) con conocimiento de la enfermedad y con posibilidad de derivación a unidad de gastroenterología pediátrica, nutricionista o dietista en caso de falta de respuesta o de adherencia a la DSG10.

Una vez confirmada la EC por PG, es recomendable el seguimiento hospitalario durante al menos dos años cada 3-6 meses y/o hasta el buen control de la enfermedad. Cuando la EC esté controlada podrá realizarse el seguimiento en AP.

Requisitos para seguimiento en AP (EC controlada)3,4,10:

- ❖ Adecuado cumplimiento y adherencia a la dieta sin gluten.
- ❖ Negativización de los anticuerpos antitransglutaminasa.
- ❖ Ausencia de déficit de micronutrientes.
- ❖ Desaparición de la sintomatología, si hubiera.
- ❖ Somatometría normal.

El equipo de AP (pediatra y enfermera) realizarán el seguimiento del paciente celiaco abordando los siguientes contenidos (Tabla 2):

C.1. Monitorización clínica. deberán controlarse los signos clínicos del debut así como si aparece nueva sintomatología relacionada con comorbilidades de la enfermedad y supervisar el crecimiento y desarrollo del niño en cada visita.

C.2. Monitorización analítica

La negativización serológica puede tardar hasta 18-24 meses, en el 50% de los pacientes al año ya resultan negativos. Una vez que la serología se ha negativizado debe realizarse control anual o antes si aparecen síntomas y puede servir de indicador de transgresión alimentaria aunque no siempre es fiable. En el caso de existir déficit de micronutrientes más comunes como hierro, vitamina D, vitamina B12, ácido fólico, debe monitorizarse su normalización1,3,10.

C.3. Control de comorbilidades

Al inicio de la EC y durante su seguimiento pueden asociarse enfermedades de carácter autoinmune como el hipotiroidismo, la hepatitis autoinmune, la diabetes mellitus o el descenso de la densidad mineral ósea u osteopenia. No se ha establecido una periodicidad de los controles analíticos para dichas enfermedades. Parece lógico que en caso de reaparición de síntomas, positivización serológica o síntomas compatibles se determinen hormonas tiroideas, sobre todo si se asocia diabetes mellitus o el paciente se encuentra en el periodo puberal. Se valorará realizar densitometría en situaciones de riesgo como sospecha de enfermedad ósea (presencia de más de 2-3 fracturas de huesos largos o fractura vertebral en ausencia de enfermedad local o traumatismo de elevada energía), síndrome malabsortivo persistente, EC potencial con dieta normal o falta de adherencia a la DSG11,12.



Durante el seguimiento en AP puede ser necesario derivar a una unidad hospitalaria en los siguientes casos¹⁰:

- ❖ Falta de adherencia a la dieta sin gluten.
- ❖ Aparición de comorbilidades (diabetes mellitus 1, tiropatías o hepatitis autoinmune).
- ❖ Reaparición de síntomas clínicos del debut o retraso del crecimiento.
- ❖ Anticuerpos antitransglutaminasa persistentemente positivos a partir de los dos años de DSG a pesar de buen cumplimiento dietético y no haberse detectado transgresión.
- ❖ Enfermedad celiaca refractaria.
- ❖ Incumplimiento de origen psicosocial.
- ❖ Diagnóstico incierto que precise provocación oral.
- ❖ EC y diabetes mellitus tipo 1.
- ❖ Déficit de IgA.
- ❖ EC potencial (presencia de serología positiva y HLA compatible, en ausencia de lesión intestinal (Marsh 0-1) con o sin síntomas).

C.4 Monitorización de la adherencia a la DSG y de la calidad de vida:

No existe ningún marcador específico ni fidedigno del cumplimiento de la DSG. La aparición de síntomas tras ingesta de gluten ocasional es poco probable y la determinación de péptidos inmunogénicos de gluten (GIPs) detectables de 3 a 24 horas (orina) y hasta 7 días (heces) muestran buena sensibilidad y especificidad pero no siempre hay disponibilidad y su interpretación no está estandarizada¹³.

Uno de los métodos más sensibles para descartar transgresiones son los cuestionarios dietéticos. El CDAT ha sido validado para mayores de 12 años¹⁴.

La calidad de vida del paciente celiaco puede monitorizarse mediante cuestionarios disponibles como CDDUX y CDPQOL que han sido adaptados y validados en España¹⁵.

C.5 Supervisión del estado de inmunización y adaptación del calendario vacunal

Se ha descrito en la literatura la posibilidad de anomalías en la respuesta inmunológica de los pacientes celiacos y la posibilidad de que las vacunas actúen como “trigger” para despertar la autoinmunidad pero en distintos estudios se ha comprobado que cambios en los calendarios vacunales no se han acompañado de un aumento de la incidencia de EC y que incluso la inmunización contra el rotavirus (RV) disminuye la incidencia de EC en seguimiento a más de 10 años^{16,17,18}.

Se ha demostrado que la respuesta inmunitaria a la vacunación de poliomielitis, difteria, paperas, tos ferina, rubéola, tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y el sarampión es igual que en la población normal por lo que el paciente celiaco debe recibir las vacunas del calendario que le correspondan en función de su comunidad^{18,19}. La EC es la enfermedad más frecuentemente relacionada con hipoesplenismo funcional pudiendo presentarse hasta en 1/3 de los pacientes con EC (del 19% hasta el 50% si se asocian otros trastornos autoinmunes como la tiroiditis o la diabetes mellitus). Los individuos hipoesplénicos tienen un mayor riesgo de desarrollar una respuesta inflamatoria grave causada por bacterias gramnegativas (p. ej., Capnocytophaga canimorsus), así como bacterias encapsuladas (p. ej., Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis y Haemophilus influenzae tipo b)²⁰. No obstante, en la población pediátrica esta situación revierte a la normalidad cuando la EC está bien controlada^{10,20}.



El Colegio Americano de Gastroenterología recomienda la vacunación antineumocócica en celíacos con bajo grado de evidencia²¹. Los CDC recomiendan en situación de hipoesplenismo administración de vacunación antineumocócica 15 valente o 20 valente. En el caso de la 15 valente precisará al año administración de vacuna polisacárida 23 valente.

Se puede estudiar la función esplénica mediante el recuento de glóbulos rojos con hoyuelos cuerpos de Howell-Jolly y/o trombocitosis o un bazo ecográficamente pequeño. Un valor de glóbulos rojos punteados superior al 10%, aunque es observador dependiente, nos habla de hipoesplenismo, pero en población infantil apenas está estudiado y se reserva para las siguientes situaciones^{22,23}:

- Pacientes con trastornos autoinmunes concomitantes
- Pacientes con edad avanzada al diagnóstico
- Pacientes con antecedentes de infecciones graves, sepsis o tromboembolismo
- Pacientes con complicaciones (esprúe colágeno, linfoma de células T asociado a enteropatía; enfermedad celíaca refractaria; yeyunoileítis ulcerosa)
- Pacientes con cavitación de ganglios linfáticos mesentéricos y/o atrofia esplénica

Varias investigaciones ponen en debate la posible inmunogenicidad a las vacunas en los enfermos celíacos, especialmente respecto a la vacuna de la hepatitis B, con tasas de respuestas variables 47-78% debido a diversos factores^{24,25}. Los motivos son varios, por un lado, los pacientes con EC que son portadores del haplotipo específico de la enfermedad HLA-B8, DR3 y DQ2 muestran una menor respuesta a la vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB). En segundo lugar, la competencia de los péptidos de gliadina y los fragmentos de proteína del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) para unirse a las moléculas HLADQ2 conlleva una producción defectuosa de anticuerpos vacunales. Por último, los títulos elevados de TGA-IgA y la edad avanzada en el momento del diagnóstico parecen predecir negativamente la seroconversión²⁶.

A pesar de estos factores implicados, la literatura no ha demostrado que los enfermos celíacos sean enfermos de mayor riesgo para la adquisición de hepatitis B, por tanto, no es preciso monitorizar la respuesta vacunal salvo que sean pacientes de riesgo y en ese caso debe esperarse al menos un año de DSG para que la respuesta sea adecuada. En caso de no ser respondedores puede plantearse revacunación con pauta completa o una dosis única de recuerdo o “booster”^{10,27,28}.

Debido a la susceptibilidad a la infección neumocócica se hace necesario inmunizar contra la gripe (influenza) en prevención de complicaciones secundarias o ingreso hospitalario²⁹. Respecto a vacuna herpes zóster y vacuna covid son las mismas recomendaciones que para la población general^{10,30}.

Se hace necesario disponer de una guía de vacunación del paciente celíaco. En la Tabla 3 se muestra la adaptación del calendario vacunal para la EC.

C.6 Transición a la consulta de Medicina de Familia:

Los pacientes en seguimiento en la consulta de pediatría de AP realizarán la transición al médico de familia. Los adolescentes, que han precisado seguimiento en una Unidad de Gastroenterología pediátrica, se derivarían a una consulta de Digestivo de adultos. Es conveniente la realización de un informe de transición o pasaporte celíaco (Tabla 4) que recoja los datos más importantes de la enfermedad^{10,31,32,33}.

La peor adherencia a la DSG se ha asociado a falta de seguimiento, a padecer DM1 y a dificultades económicas relacionadas con el cumplimiento de la DSG³².



CONCLUSIONES

El seguimiento del paciente con EC debe ser multidisciplinar, con accesibilidad y longitudinalidad, con implicación de profesionales de Atención Hospitalaria (pediatra gastroenterólogo, nutricionista y enfermera) y en Atención Primaria (pediatra y enfermera). El seguimiento se realizará en AP una vez que la EC esté bien controlada y siempre y cuando los profesionales de AP tengan experiencia en el manejo de la enfermedad. La continuidad de la atención debe pasar por una adecuada monitorización clínica, analítica, antropométrica, nutricional, del estado vacunal, de la adherencia a la dieta y de calidad de vida. Debe existir una comunicación adecuada y seguimiento estrecho, con educación de la enfermedad, que permita una adherencia adecuada a la DSG y evite complicaciones.

Hasta la fecha, no hay evidencia que demuestre una asociación causal entre las vacunas y el desarrollo de EC. Los pacientes con EC no bien controlados o de reciente diagnóstico tienen un riesgo incrementado de infecciones e ingresos hospitalarios por estado nutricional deficiente, aumento de la permeabilidad intestinal e hipoesplenismo funcional entre otros, pero no son pacientes inmunodeprimidos. Una vez controlada la enfermedad, el riesgo es el mismo que el de la población general y deben recibir las vacunas del calendario autonómico correspondiente. Se debe promover la vacunación del rotavirus en lactantes para prevención de infección natural por RV y riesgo de manifestar autoinmunidad celiaca. No hay evidencia actual que indique que la respuesta a la vacuna contra el VHB deba evaluarse durante el seguimiento. Sin embargo, si se detecta una respuesta deficiente de anticuerpos, debe realizarse una revacunación. El celiaco no es grupo de riesgo de VHB.

Dado que es una enfermedad cuyo tratamiento es la DSG de por vida, la convierte en una enfermedad con mayor vulnerabilidad en el periodo adolescente para sufrir transgresiones. El periodo de la transición a la consulta de medicina de familia debe realizarse cuando el paciente y la familia estén familiarizados con la DSG y haya un control adecuado.

Tanto el PAP como el PG que esté realizando el seguimiento en periodo de transición deben realizar un informe clínico donde se recojan la información más relevante de la enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70(1):141–56.
2. Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, Castillejo G, Sanders DS, Cellier C, et al. European Society for the study of coeliac Disease guideline for coeliac disease and other gluten related disorders. *United Eur Gastroenterol J.* 2019;7(5):583–613.
3. Espín B, Pizarro A, Ruiz I, Pastor A, Almazán MV, Montes MA, et al. Guía para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celíaca en Andalucía. Servicio de Planes Integrales de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Sevilla. 2023 [Fecha de acceso 07 sep 2024]. Disponible en www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-mediapdf_publicacion/2023/guia_enfermedad_celiaca.pdf
4. Mearin ML, Agardh D, Antunes H, Al-Toma A, Auricchio R, Castillejo G, et al. ESPGHAN Position Paper on Management and Follow-up of Children and Adolescents With Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2022;75:369–86.
5. Núñez C, Garrote JA, Arranz E, Bilbao JR, Fernández Bañares F, Jiménez J, et al. Recommendations to report and interpret HLA genetic findings in coeliac disease. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(7):458-461.
6. Pallav K, Kabbani T, Tariq S, Vanga R, Kelly CP, Leffler DA. Clinical utility of celiac disease-associated HLA testing. *Dig Dis Sci.* 2014;59(9):2199-206.
7. Crespo P, Castillejo G, Martínez-Ojinaga E, Donat E, Polanco I, Mearin ML, et al. Ten years of follow-up of the Spanish cohort of the European PreventCD study: the lessons learned. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110:493-9.
8. Karell K, Louka AS, Moodie SJ, Ascher H, Clot F, Greco L, et al. HLA types in celiac disease patients not carrying the DQA1*05-DQB1*02 (DQ2) heterodimer: results from the European Genetics Cluster on Celiac Disease. *Hum Immunol.* 2003;64:469-77.
9. Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, Pulvirenti A, Tonutti E, Amarri S, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med.* 2014;371:1295-303.
10. Román E, Barrio J, Cilleruelo ML, Torres R, Almazán V, Coronel C, et al. Aplicación racional de las recomendaciones ESPGHAN 2022 de seguimiento del paciente celíaco pediátrico: documento de consenso de sociedades científicas (SEGHNP, AEPap, SEPEAP, SEEC, AEG, SEPD, SEMFYC, SEMG y SEMERGEN). *An Pediatr (Barc).* 2024;101:267-277.
11. Fedewa MV, Bentley JL, Higgins S, Kindler JM, Esco MR, MacDonald HV. Celiac Disease and Bone Health in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Densitom.* 2020;23:200-11.
12. Zacay G, Weintraub I, Regev R, Modan-Moses D, Levy-Shraga Y. Fracture risk among children and adolescents with celiac disease: a nationwide cohort study. *Pediatr Res.* 2024;95:386–92.
13. Guz-Mark A, Perets TT, Biran N, Jack Y, Zevit N, Silbermintz A, et al. Gluten Immunogenic Peptides Are Not Correlated With Reported Adherence to Gluten-Free Diet in Children With Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023;77:244–8.
14. Fueyo Díaz R, Gascón Santos S, Asensio Martínez Á, Sánchez Calavera MA, Magallón Botaya R. Transcultural adaptation and validation of the Celiac Dietary Adherence Test. A simple questionnaire to measure adherence to a gluten-free diet. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:138-44.
15. Barrio-Torres J, Sebastián-Viana T, Fernández-Pérez C, Pérez-Fernández C, Martínez-Escribano B, Gutierrez-Junquera C, et al. Transcultural adaptation to Spain of the CDPQOL questionnaire specific for coeliac children. *Eur J Pediatr.* 2024;183(8):3233-41.
16. Qiao SW, Iversen R, Ráki M, Sollid LM. The adaptive immune response in celiac disease. *Semin Immunopathol.* 2012;34(4):523-40.
17. Myléus A, Stenlund H, Hernell O, Gothefors L, Hammarström M-L, Persson L-Å, et al. Early vaccinations are not risk factors for celiac disease. *Pediatrics.* 2012;130:e63– e70.
18. Simre K, Uibo O, Peet A, Tillmann V, Kool P, Hämäläinen A.-M, et al. Exploring the risk factors for differences in the cumulative incidence of coeliac disease in two neighboring countries: The prospective DIABIMMUNE study. *Dig Liver Dis.* 2016;48:1296–1301.
19. Passanisi S, Dipasquale V, Romano C. Vaccinations and Immune Response in Celiac Disease. *Vaccines (Basel).* 2020;8(2):278.





20. Simons M, Scott-Sheldon LAJ, Risech-Neyman Y, Moss SF, Ludvigsson JF, Green PHR. Celiac Disease and Increased Risk of Pneumococcal Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med* 2018;131:83.
21. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, Kelly CP, Greer KB, Limketkai BN, Lebowitz B. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(1):59-76.
22. Di Sabatino A, Brunetti L, Carnevale Maffè G, Giuffrida P, Corazza GR. Is it worth investigating splenic function in patients with celiac disease? *World J Gastroenterol*. 2013;19:2313-8.
23. Simons M, Scott-Sheldon LAJ, Risech-Neyman Y, Moss SF, Ludvigsson JF, Green PHR. Celiac Disease and Increased Risk of Pneumococcal Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med*. 2018;131:83-89.
24. Filippelli M, Garozzo MT, Capizzi A, Spina M, Manti S, Tardino L, et al. Immune response to hepatitis B virus vaccine in celiac subjects at diagnosis. *World J Hepatol*. 2016;8(26):1105-9.
25. Manti S, Cuppari C, Parisi GF, Tardino L, Salpietro C, Leonardi S. HMGB1 values and response to HBV vaccine in children with celiac disease. *Nutrition*. 2017;42:20-22.
26. Trovato CM, Montuori M, Sansone A, Morelli A, Russo G, Pietropaoli N, et al. Association between Elevated TGA-IgA Titers and Older Age at Diagnosis with Absence of HBV Seroconversion in Celiac Children. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2):101.
27. Ertekin V, Tosun MS, Selimoglu MA. Is there need for a new hepatitis B vaccine schedule for children with celiac disease? *Hepat Mon*. 2011;11:634.
28. Habash N, Choung RS, Jacobson RM, Murray JA, Absah I. Celiac Disease: Risk of Hepatitis B Infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2022;74(3):328-332.
29. Mårild K, Fredlund H, Ludvigsson JF. Increased risk of hospital admission for influenza in patients with celiac disease: a nationwide cohort study in Sweden. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:2465-73.
30. Ludvigsson JF, Choung RS, Marietta EV, Murray JA, Emilsson L. Increased risk of herpes zoster in patients with coeliac disease - nationwide cohort study. *Scand J Public Health*. 2018;46:859-66.
31. Wessels M, Dolinsek J, Castillejo G, Donat E, Riznik P, Roca M, et al. Follow-up practices for children and adolescents with celiac disease: results of an international survey. *Eur J Pediatr*. 2022;181(3):1213-20.
32. Kivelä L, Hekkala S, Huhtala H, Kaukinen K, Kurppa K. Lack of long-term follow-up after paediatric-adult transition in coeliac disease is not associated with complications, ongoing symptoms or dietary adherence. *United European Gastroenterol J*. 2020;8:157-66.
33. Almazán Fernández de Bobadilla MV, Moreno Ruiz MA, Espín Jaime B. Enfermedad celiaca. Cribado, diagnóstico y seguimiento. En: *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*. [Fecha de acceso 06 sep 2024]. Disponible en [https:// algoritmos.aepap.org/algoritmo/106/](https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/106/)



Tabla 1. Población en la que debe realizarse cribado de la enfermedad celiaca

Familiares de primer grado de una persona con EC

Familiares de segundo grado de una persona con EC si en la familia hay más de un individuo con EC.

Personas con patologías autoinmunes:

Diabetes mellitus tipo 1

Tiroiditis autoinmune

Enfermedad hepática autoinmune

Déficit selectivo de IgA

Cromosomopatías:

Síndrome de Down

Síndrome de Turner

Síndrome de Williams

Tabla 2. Actividades a realizar en el seguimiento del enfermo celiaco en Atención Primaria

- Cribado de familiares al diagnóstico y, posteriormente, cada 2 años o en base al HLA.
- Evaluación clínica, antropométrica y nutricional en cada visita, generalmente anual.
- Educación sobre la dieta sin gluten (Intervenciones educativas sobre esta dieta, etiquetado, comida fuera de casa, evitación de contacto cruzado para familias y centros educativos, contacto con la asociación local de celíacos) al diagnóstico y en cada visita.
- Control serológico anual de anticuerpos antitransglutaminasa IgA.
- Analítica (TSH, vitamina D, ácido fólico, vitamina B12, metabolismo férrico, transaminasas, hemograma) anual. Parámetros nutricionales de forma individualizada.
- Estudios de salud ósea (fósforo, calcio, fosfatasa alcalina, PTH y densitometría ósea) sólo si cumple indicaciones*.
- Tratamiento de déficits nutricionales al diagnóstico o cuando se detecten.
- Detección de comorbilidades en cada visita o siempre que aparezcan.
- Adaptación del calendario vacunal al diagnóstico. Revacunación frente al virus de la hepatitis B si grupo de riesgo, vacunación influenza, antineumocócica y antimeningocócica.
- Monitorizar la adherencia a la dieta sin gluten y la calidad nutricional de la dieta en cada visita.
- Monitorizar la calidad de vida en cada visita.

Adaptado de Almazán Fernández de Bobadilla MV, Moreno Ruiz MA, Espín Jaime B. Enfermedad celiaca. Cribado, diagnóstico y seguimiento. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. [Fecha de acceso 06 sep 2024]. Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/106/>

* Indicaciones de estudio de salud ósea:

- Sospecha clínica de enfermedad ósea: presencia de tetania, raquitismo, osteomalacia, dolores óseos o fracturas ante traumatismos de baja energía.
- Mala adherencia a la dieta, especialmente entre adolescentes.
- Persistencia de sintomatología, sobre todo si existe síndrome malabsortivo, desnutrición o un importante retraso del crecimiento.
- Serología persistentemente positiva.
- Enfermedad celiaca potencial sin restricción de gluten en la dieta.

**Tabla 3. Calendario vacunal del paciente celiaco**

	Justificación	Condición	Pauta
Calendario vacunal común	Inmunización común a la población general	Ninguna	Pauta habitual según calendario de la comunidad
Hepatitis B	Competición de las fracciones proteicas del antígeno de superficie del VHB (HbsAg) con los péptidos de gliadina en unión al HLADQ2	Solo evaluar en pacientes de riesgo (convivientes de pacientes con VHB, hemodializados, inmunodeprimidos, exposición accidental o contacto sexual)	Booster o pauta completa En caso de no respondedor con exposición de riesgo: inmunoglobulina específica antihepatitis B
Neumococo	Hipoesplenismo funcional	Según calendario vacunal de su CCAA, utilizando esquemas mixtos que incluyan la VNC13, VNC15, o VNC20, y la VNP23	Según calendario vacunal de su CCAA, utilizando esquemas mixtos que incluyan la VNC13, VNC15, o VNC20, y la VNP23
Meningococo B y ACWY	Hipoesplenismo funcional	Ninguna	Según calendario de su comunidad
Influenza	Susceptibilidad a infecciones bacterianas concomitantes por hipoesplenismo funcional	Ninguna	Según calendario de su comunidad
Covid	Igual que población general	Ninguna	Igual que población general
Herpes zóster	Igual que en población general	Ninguna	Igual que población general
Rotavirus	Prevención de fenómenos autoinmunes secundarios a infección salvaje por RV	Promoción de la vacunación en lactantes para prevención de infección natural por RV	Igual que población general



MITOS Y VERDADES EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA CARIES DE PRIMERA INFANCIA. EVIDENCIA Y PREVENCIÓN

Arroyo Buenestado, Ana Isabel

Odontóloga infantil. Dedicación específica a necesidades especiales y lactancia materna

CARIES DE PRIMERA INFANCIA EVIDENCIA Y PREVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

La relación de la salud oral como parte de la salud general se reconoce desde hace mucho tiempo. Así mismo, sabemos que esta salud oral tiene capacidad de impactar de forma directa en la calidad de vida del individuo en particular, y la de su familia; en el caso de los niños, en general.

A día de hoy, gracias al crecimiento de los medios de información y redes sociales, las familias están más actualizadas y ante cualquier signo de alarma o anomalía, son los padres los primeros en darse cuenta. Sin embargo, lo más común sigue siendo una consulta con su pediatra o médico de cabecera.

Por desgracia, al igual que el odontólogo recibe escasa información sobre la pediatría general, la formación dental que recibe el pediatra es limitada y muchas veces desactualizada. La realidad es que si no es el propio pediatra el que se interesa en formarse de forma específica en este campo, la mayoría de los profesionales están desactualizados o se sienten inseguros con sus recursos y conocimientos al respecto.

A esto se suma que la figura de un especialista en odontología pediátrica no suele ser lo común en los centros de odontología general, que además son privados; por lo que queda la enorme duda de a quién derivar en caso de duda.

El resumen de consecuencias, es que muchas veces nos encontramos con los resultados de no haber tratado de forma temprana, complicando así la terapéutica y el pronóstico de las lesiones y los tratamientos que se requieran.

Por tanto, el flujo bidireccional de información actualizada, el apoyo y la comprensión de los diferentes profesionales así como la confianza para poder derivar, ayuda de forma determinante en la conservación de esta salud oral y calidad de vida de las que hablábamos.

Mi objetivo hoy es hablar de forma objetiva sobre salud oral en la infancia, basando toda la información y recomendaciones en la evidencia actual disponible.

EPIDEMIOLOGÍA

De los diferentes problemas de salud oral que pueden impactar en la calidad de vida del niño y su familia, en la charla de hoy vamos a hablar de la caries únicamente. En concreto, vamos a hablar de caries de primera infancia (CPI).

Empezar por este punto, en lugar de hacerlo con la definición de la patología, así como sus características clínicas principales, me ayuda a justificar la necesidad de esta charla y darle valor a lo que hemos hablado justo al principio; el impacto en la calidad de vida que puede tener la salud oral. Y es que, a día de hoy, podemos afirmar que los niveles de salud oral mundiales apenas han mejorado en los últimos 25 años (1). Tanto es así, que hablamos de la caries de primera infancia como la enfermedad crónica más prevalente en la infancia en nuestra sociedad (2).



Hoy en día, existen diferentes escalas y herramientas capaces de medir y relacionar la presencia de caries con el bienestar psicosocial y el funcionamiento físico del niño (en edad preescolar) y su familia. Así, se ha demostrado que la caries condiciona el crecimiento, desarrollo, balance nutricional del niño y puede causar, en un segundo plano una reducción del rendimiento y el aprendizaje escolar (1). Así mismo, también existe una asociación positiva entre la CPI y el riesgo de caries en el futuro, tanto en dentición temporal como permanente, la necesidad de tratamientos extensos y costosos y una disminución de su calidad de vida (3).

Esta relación negativa es más intensa (hasta dos veces más intensa) cuanto más severo sea el grado de destrucción dental (4).

Estas herramientas de evaluación, sin embargo, pueden camuflar el impacto real de la relación de estas variables pues los niños van a comunicarnos su percepción de salud mejor o peor en función de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional que presenten en ese momento, así como su capacidad de comunicación y desarrollo del lenguaje. De hecho, muchas veces estas encuestas son contestadas por los padres y cuidadores, que subestiman las posibles consecuencias de la caries que están experimentando los niños (5).

En cuanto a la prevalencia de esta enfermedad, cuando se analiza la literatura actual disponible a este respecto, lo primero que llama la atención es que no existe información contrastada o de alta evidencia y actualizada sobre los niveles de caries de primera infancia en nuestro país.

Los estudios disponibles al respecto, además de ser de baja evidencia, pues no tienen en cuenta factores de riesgo de caries locales e individuales más allá del nivel socio-económico, no contemplan la población pediátrica en la que se desarrolla dicho patrón de caries (6). O, por otro lado, las cifras de prevalencia están sesgadas por la edad estudiada o el nivel socioeconómico del grupo poblacional analizado; que ya veremos más adelante cómo éste es un factor determinante en el riesgo de caries, o por la edad de dicho grupo (7)(8).

Por tanto, a la hora de hablar de cifras, nos vamos a basar en estudios amplios cuyas muestras puedan aplicarse a nuestro país de forma general. A nivel mundial, la prevalencia de caries en dentición temporal (caries de primera infancia o CPI) asciende a un 40-50%, aumentando hasta un 53% cuando se tiene cuenta la dentición permanente (1)(3)(9)(10,11)(12).

De estas lesiones, la inmensa mayoría, más de 90%, quedan sin tratar (3).

A nivel mundial, y también en nuestro país, las consecuencias de no tratar estas lesiones pueden traducirse en dolor, infección y sepsis, así como necesidades médicas de mayor envergadura como hospitalización, antibióticos sistémicos e incluso anestesia general para poder concluir el tratamiento pertinente. Estas consecuencias impactan de forma directa el bienestar psicosocial y económico de la familia y, en caso de nuestro SNS, también en la comunidad (10)(13).

Estas cifras son más acusadas en los países en vías de desarrollo cuando se comparan con los países desarrollados y en estratos sociales socioeconómico-educativo bajos (3)(10)(14). También se observan variaciones en función de la raza o la etnia, los niveles, la localización geográfica, el acceso y los servicios prestados por el sistema de salud (9)(15)(16).

Así, por ejemplo, estudios recientes que las cifras más altas de CPI se registran en países del Medio Oriente (72%) y en Asia-Oceanía (52%), observándose una relación inversa entre prevalencia y el nivel socioeconómico, de forma que cuando menor es el ingreso nacional bruto (INB) mayor es la anterior (12).

No debemos olvidar que la fuerza de la evidencia publicada cuando hablamos de prevalencia de caries es limitada, pues no todos los estudios siguen un protocolo estricto para la detección de caries. Más concretamente, no todos los estudios utilizan radiografías como método diagnóstico complementario,





obviándose múltiples lesiones interproximales que no se visualizan clínicamente en sus fases iniciales (1)(16).

Por último, pero no menos importante, tenemos que mencionar que la aparición de la caries responde a un patrón acumulativo que no cesa, es decir, si no se retiran los factores de riesgo que la determinan, se aplican medidas de control y se informa sobre prevención. Esto es, aquellos niños con caries que no reciben información y un tratamiento adecuado, así como la ausencia de lesiones de caries en la adolescencia no implica una correcta salud oral, aumentando el riesgo de caries en la vida adulta (17)(18)(19).

DEFINICIÓN Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

Hoy en día la caries se define como un desequilibrio crónico en la desmineralización de la superficie dental causado por la acumulación de flora oral cariogénica o biofilm, azúcar-dependiente (20).

La caries, por tanto, es el resultado de la interacción de determinadas bacterias orales o bacterias cariogénicas, que se acumulan sobre la superficie dental generando un “biofilm”, con los azúcares de la dieta. En concreto, la fermentación de dichos azúcares permite la subsistencia de las bacterias y la creación de estructuras de soporte, como polisacáridos intra y extracelulares, que favorecen la adherencia del biofilm, la resistencia a las condiciones externas y la difusión interna de los azúcares (21).

Posteriormente, la presencia de dicho biofilm y su metabolismo de azúcares deriva en una importante caída de pH que desmineraliza la superficie dental y dificulta la reincorporación de iones o remineralización tras las comidas, lo que termina por cavitar el esmalte y progresar a través de los tejidos dentarios (21).

El proceso de desarrollo y los factores determinantes de la caries están más o menos bien definidos en la literatura hoy en día; siendo similares para adultos y niños. En estos últimos, sin embargo, existen ciertas variaciones probablemente relacionadas con la flora oral, anatómicas y los mecanismos encargados de la defensa del individuo en proceso de desarrollo, que los hacen más susceptibles a la misma. Además, el impacto que los mismos tienen sobre el individuo varía en cada caso (2)(13).

Por tanto, dado que la caries es un desbalance multifactorial deben analizarse los diferentes factores de riesgo por separado teniendo en cuenta que la susceptibilidad del individuo.

En cualquier caso, lo que sí está claro es que los factores de riesgo fundamentales para la aparición de caries son la flora oral y la dieta, la remoción mecánica de placa y la exposición a flúor y la propia susceptibilidad individual (factores socio-económico-culturales y de comportamiento, o defectos locales) (20)(22). Estos factores de riesgo pueden clasificarse en factores determinantes, como son la flora oral y la dieta; y factores modificadores, como son la remoción mecánica de placa y la exposición a elementos protectores como el flúor, el nivel socioeconómico-cultural-educativo y los elementos locales.

Por su parte, los elementos indicadores del riesgo de caries en un individuo son la propia presencia de caries, microflora cariogénica, alta frecuencia de consumo de azúcares libres, la presencia de placa, elementos retentivos (ej. Ortodoncia) o alteraciones de la estructura dental, escaso flujo salival, y factores socio-demográficos relacionados con menor nivel económico-cultural o difícil acceso a un servicio de salud (22).

Este grupo de indicadores de riesgo, pueden ser especialmente importantes para el odontopediatra, permitiendo identificar de forma temprana aquellos niños con alto riesgo e instaurar planes de prevención específicos e individuales para cada situación.



En odontopediatría, en la definición inicial de caries cobra especial importancia el elemento causal de la misma, y es que el desequilibrio de la flora oral azúcar-dependiente se hace especialmente evidente en niños de corta edad, en los que se ha observado que la exposición a los azúcares de la dieta se lleva a cabo con más frecuencia que en la población adulta (23). Además, se cree que el hecho de que tanto la flora oral como el sistema inmunitario estén en desarrollo puede influir en cómo estos factores de riesgo dan lugar a la enfermedad de caries (2).

Son fundamentales también, los factores relacionados con la higiene oral y el uso del flúor; y los factores socioeconómicos-culturales del núcleo familiar (2).

Así, en niños de corta edad, surge la necesidad de crear un nuevo término para referirse a las lesiones más comúnmente encontradas y que responden a un patrón más o menos común.

La Caries de Infancia Precoz (CIP) o Early Childhood Caries (ECC) se define como la presencia de uno o más dientes temporales cariados (cavitados o no), perdidos (debido a caries) u obturados en niños menores de 6 años. La definición de Caries de Infancia Precoz Severa (CIPS) o S-ECC (por sus siglas en inglés) es aplicada a los niños menores de 3 años con cualquier signo de caries, y para los niños con dientes cariados, ausentes u obturados en un número igual o superior a 4 para niños de 3 años, 5 para niños de 4 años, o 6 para niños de 5 años (24).

El patrón común al que nos referíamos al definir la CPI no sólo se explica en base a la edad a la que aparece, sino en cómo las lesiones se distribuyen dentro de la boca. Así, por ejemplo, hasta los 3 años, la mayoría de las lesiones de caries estarán ubicadas en los dientes anterosuperiores (incisivos maxilares), manteniendo los molares más o menos intactos debido a que erupcionan más tarde que los anteriores. El hecho de que a esas edades todavía muchos niños mantengan un patrón mediante succión en alta frecuencia (y probablemente durante la noche) explica además que sean los más afectados hasta la edad escolar (13)

Por otro lado, hacia los 5 años de edad son los segundos molares (especialmente los inferiores), en su superficie oclusal, los más frecuentemente afectados. La explicación más factible para este dato es la presencia de estructuras retentivas (como fosas y fisuras) en su anatomía y por ser la más alejada y dificultosa de cepillar (13).

No se suelen observar diferencias de incidencia y prevalencia entre un lado y otro, aunque los estudios muestran que, de media, los dientes de la arcada superior se afectan con más frecuencia que los inferiores (13).

Si bien estos patrones estarán condicionados por otros factores como los hábitos higiénico-dietéticos, el patrón eruptivo, el sector anteroinferior será el último en degradarse gracias al papel protector de la lengua y la saliva. Estos se depositan sobre los incisivos inferiores (especialmente durante la alimentación mediante lactancia materna o artificial) generando una barrera física al depósito de alimento y que, gracias al efecto tampón de la saliva, evita la desmineralización del esmalte (13).

Si bien la cultura popular tiende a desmerecer la caries que puedan sufrir los niños en sus dientes de leche, actualmente se ha demostrado que entre las consecuencias más importantes de la CPI están un menor crecimiento o desarrollo, deficiencias nutricionales, alteraciones del sueño y del comportamiento; que a su vez impactan en la calidad de vida del niño y la educación del mismo (10)(13).



FACTORES DETERMINANTES

FLORA BACTERIANA O MICROBIOTA ORAL

La plausibilidad de analizar la flora oral completa de cada uno de los niños que acude a la visita es prácticamente nula. Si bien se ha observado que los marcadores fundamentales dentro de la microbiota oral para el desarrollo de caries son la presencia de *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, se ha demostrado en los últimos años que existen numerosas especies bacterianas (ej. *Scardovia wiggisiae*, *Veillonella ssp*) y fúngicas (ej. *Cándida Albicans*) que también podrían estar implicadas y cumplir un papel en la aparición de lesiones de caries (24)(25).

En concreto, la *C. Albicans*, especie oportunista con gran capacidad acidogénica, interactúa con las especies anteriores mejorando su capacidad de adhesión y de formar biofilms resistentes que contribuyen a la patogénesis de la CPI. No es de extrañar por tanto, que algunos estudios recientes hayan demostrado que la presencia de este hongo es mucho más frecuente en niños que presentan CPI que en niños libres de caries (26).

Se observa que los niños cuyas madres tienen altos niveles de estas bacterias en boca (como resultado de un proceso de caries no tratado), tienen más probabilidad de adquirirlas de forma temprana, presuponiéndose en estos casos una transmisión vertical a través de la saliva. Además, la transmisión horizontal (otros miembros de la familia u otros niños) también podría estar implicada (2)(24)(25)(27). Tradicionalmente, por tanto, se ha recomendado que madres y cuidadores reduzcan la carga bacteriana oral durante el periodo pre y postnatal (especialmente durante la erupción de los dientes temporales del niño) para reducir la carga bacteriana potencialmente transmisible (27), si bien este hecho no va a tener un impacto real en el riesgo de caries que después tendrá el bebé (28).

Ello se explica porque la literatura encuentra que a pesar de que la colonización bacteriana precoz está presente en la mayoría de los casos de caries en niños de corta edad, no en todos los niños en los que se observa dicha colonización bacteriana tiene lugar desarrollo y progresión de caries. Esto es, dada la naturaleza multifactorial de caries, la presencia de hábitos dietéticos pobres (frecuente y elevado consumo de azúcares libres) y de hábitos higiénicos (o protectores) basados en un cepillado regular y la utilización de flúor, son más determinantes en el transcurso de la enfermedad que la propia colonización bacteriana (27)(28).

Además, parece razonable afirmar también que será una dieta rica en azúcares la que va a permitir y favorecer la subsistencia de estas bacterias altamente cariogénicas en detrimento de otras especies. Es decir, son los azúcares los principales responsables de la alteración del ecosistema oral. Por tanto, independientemente de cuál haya sido la vía de colonización o el momento en que esta se da, el número de bacterias y, especialmente el número de bacterias cariogénicas, va a estar condicionada con el alimento del medio; que a su vez depende directamente de la dieta (29).

DIETA Y EL PAPEL DEL AZÚCAR

Las conductas y prácticas dietéticas se implantan durante el primer año de vida y van a ser más o menos mantenidas y difíciles de cambiar durante toda la infancia e incluso durante la vida adulta (27)(30). Por ello, entender qué factores condicionan la alimentación, especialmente durante las primeras etapas de la vida, ayuda enormemente a conocer los patrones de alimentación del individuo.

Desde el punto de vista de la CPI, es fundamental entender que ésta no se desarrolla en ausencia de azúcar (21)(29). Es decir, los azúcares de la dieta son los elementos causales principales de la caries y sin ellos este proceso no se desencadena. Es por ello que el resto de factores recibe el nombre de modificadores, pues únicamente condicionan la velocidad o la intensidad con la que se instaura el cuadro.



Dentro de los diferentes azúcares disponibles en la dieta son los azúcares libres y, más concretamente la sacarosa, los más íntimamente relacionados con la caries (21)(31).

En este grupo etario los carbohidratos fermentables y, en concreto, el azúcar es el principal elemento relacionado con el desbalance oral, siendo la cantidad, la frecuencia de consumo, o el momento en que se consume sus condicionantes fundamentales (2)(32).

Como explicábamos en el punto anterior, el azúcar de la dieta implica una fermentación ácida mediada por las bacterias orales, que supone una caída del pH y una desmineralización de la superficie dental. A su vez, este azúcar también genera cambios bioquímicos y microbiológicos en la composición del biofilm bacteriano (que se hace maduro) que se deposita sobre el diente, permitiendo su difusión del mismo hasta capas más profundas, manteniendo dicho pH bajo de forma constante (33).

Dicho conjunto de actividades metabólicas bacterianas sobre la superficie dental, mantenidas en el tiempo (dependientes de momento, frecuencia y cantidad de consumo) causan la degradación mineral del diente y, por tanto, la caries (33).

El azúcar de la dieta puede ser clasificado en dos grupos en función de estructura molecular: monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa) y disacáridos (lactosa, maltosa). A su vez, en función de su origen puede ser un azúcar naturalmente presente en el alimento (o azúcar libre), o un azúcar añadido cuando se incorpora al alimento para modificar sus condiciones iniciales (sabor, conservación, estabilidad, etc.) ya sea por el fabricante, el cocinero o el propio consumidor. A estos azúcares libres y añadidos, además de los mono y disacáridos que inicialmente describíamos, se suman la miel, los zumos y concentrados de fruta y los siropes (17).

Los azúcares naturalmente presentes en la fruta, los granos, los vegetales o la leche y sus derivados son azúcares con poca implicación en el desarrollo de caries (u otras patologías) debido a la presencia concomitante de fibra, agua y otros factores protectores como el calcio o compuestos polifenólicos (o ambos). Además, la estimulación del flujo salival que genera su consumición y masticación también ayuda a mitigar su posible riesgo cariogénico (17).

Los azúcares añadidos, por su parte, son fácilmente metabolizados por las bacterias de la placa y las bacterias orales dando como resultado ácidos que desmineralizan la superficie dental (34). De todos estos azúcares, la sacarosa es el azúcar más íntimamente relacionado con la aparición de caries o el más estudiado. Sin embargo, existen también diferentes carbohidratos fermentables (almidones) muy frecuentes en los alimentos ultra-procesados con un papel importante en la aparición de caries, pues potencian el efecto que tiene la sacarosa sobre la superficie dental (35)(36).

Volviendo a la sacarosa, está bien demostrado que ésta se relaciona con un aumento de las bacterias cariogénicas por las importantes caídas de pH a las que se asocia (alterando el ecosistema oral), con una mayor pérdida de esmalte y una mayor pérdida mineral, así como con una síntesis de glucopolisacáridos extracelulares (que facilita la adherencia del biofilm y aumentando su acidogenicidad) e intracelulares (que sirven como fuente endógena de carbohidratos para las bacterias), cuando se compara con otros azúcares (21)(29).

Por lo tanto, conocer si se ha llevado a cabo lactancia materna o artificial, entender cómo el individuo (o el niño en este caso) incorpora dichos azúcares a la dieta, en cuanto a cantidad, frecuencia y momento del día, nos permite interpretar y prever el riesgo de caries del mismo (24)(33).

En base a ello, y según el tipo de alimentación que el niño recibe y la edad de éste, podemos hablar de dos grandes grupos; menores y mayores de dos años.



Además, sería interesante prestarle atención a las prácticas dietéticas maternas durante el embarazo, que también pueden impactar en las preferencias alimenticias del bebé tras el parto y durante los primeros años de vida (37). Este hecho se explica en base a que, durante el periodo de vida intrauterino y los primeros años de vida (hasta los 2 años), la carga genética del niño es especialmente sensible a las circunstancias ambientales en las que se da su desarrollo. Estas circunstancias ambientales, por lo tanto, pueden alterar cómo se expresa la carga genética del bebé a lo largo de su vida; lo que también se conoce como epigenética (31).

A. NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

Las recomendaciones durante esta etapa vienen recogidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que insta y recomienda la lactancia materna a demanda y exclusiva hasta los 6 meses de vida, y la continuación de la misma como alimentación complementaria hasta los dos años de vida, pudiendo ser continuada siempre que la madre y el niño deseen y quieran hacerlo. La alimentación artificial mediante leches de fórmula, con las mismas pautas o tempos que la materna, es esencial cuando esta lactancia materna no se puede o no se desea llevar a cabo; y sea cuál sea la opción tomada por la familia, se recomienda evitar la introducción de azúcares en dicho periodo para evitar el condicionamiento temprano de las preferencias alimenticias (38)(39)(40).

LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de este tipo de alimentación son bien conocidos por todos los profesionales de la salud y la población general. La lactancia materna favorece el desarrollo del sistema inmunitario del bebé reduciendo la morbilidad, infecciones y las tasas de bajo peso tras el parto, así como el riesgo de desarrollar infecciones gastrointestinales y alteraciones inflamatorias cutáneas. Además, favorece el correcto desarrollo del sistema estomatognático, reduciendo también el riesgo de maloclusiones tales como la mordida cruzada posterior, la mordida abierta y el aumento del resalte anterior (41)(42).

Esta lactancia maternal mantenida de forma exclusiva, al menos, hasta los 6 meses de vida, condiciona a su vez patrones de alimentación más saludables durante el resto de la infancia y adolescencia (31). Así, por ejemplo, se ha demostrado que los niños amamantados, cuando se comparan con los niños alimentados con fórmula o amantados durante un corto periodo, son más susceptibles a aceptar una dieta rica en vegetales. Por lo tanto, puede concluirse que la duración de la lactancia es un factor predictor positivo en la variabilidad de la dieta y el consumo de frutas y verduras, independiente del nivel educativo o la edad de la madre (30)(35).

Este hecho, por tanto, podría explicarse en base a lo que afirmábamos anteriormente, que la exposición del niño a los sabores a través de la propia leche materna favorece la posterior aceptación de los mismos en la dieta complementaria. Caso contrario, la lactancia artificial no ofrece ningún cambio de sabor, a menos que la madre cambie de fórmula, reduciendo la exposición temprana del bebé a los diferentes sabores y favoreciendo la predilección por sabores similares a los que ofrece dicha fórmula (38).

Otra explicación posible para esta afirmación es que aquellas madres que han amamantado por más tiempo basando sus conocimientos en las recomendaciones de las principales organizaciones de salud, también insten a una dieta más sana a sus hijos de forma temprana, basándose en recomendaciones similares (37).

A su vez también ha sido demostrada una preferencia innata del niño recién nacido por los sabores dulce y umami, lo que podría considerarse como un mecanismo defensivo biológico, pues estos sabores están más asociados a alimentos calóricos y nutritivos, que mejoran la supervivencia. Además, este mecanismo también se usaría para evitar la toxicidad de alimentos en mal estado, que



suelen presentar sabor amargo. Esta preferencia innata, sin embargo, es modificable en base a la epigenética anteriormente descrita (38).

En etapas más tardías será la exposición repetida de los alimentos en un contexto favorable, el factor clave para la aceptación y la adaptación a los diferentes alimentos y sabores.

LACTANCIA MATERNA Y CARIES

En cuanto al desarrollo de caries, la literatura actual no llega a una conclusión unánime. Podría afirmarse que la lactancia materna, cuando se compara con el biberón, presenta un bajo riesgo de caries, e incluso que si ésta se prolonga durante al menos los 12 primeros meses de vida supone un factor protector frente a la misma (41) cuando se compara con aquellos casos en los que la lactancia materna tuvo una menor duración o no se llevó a cabo (34).

Este último dato, podría ser explicado por el hecho de que la leche materna contiene proteínas y enzimas como la IgA y la caseína humana de la leche que inhiben la adhesión y el crecimiento de las bacterias cariogénicas, particularmente el *Streptococcus* (34).

Sin embargo, pasados los 12 meses, el riesgo de caries varía enormemente en función de numerosos factores como la presencia de dientes y el número en que éstos se encuentran, la introducción de alimentación complementaria con azúcares, ausencia de higiene, la frecuencia de amamantamiento y/o si se da el pecho durante la noche, entre otros (3)(34)(43).

Este riesgo, se explica, estará modificado por otros elementos muy importantes, que pueden agruparse a su vez en 3 aspectos fundamentales (34):

- El diente: el primer diente, de media, erupciona entre los 6 y los 12 meses de vida. El número de dientes que tenga el niño está relacionado con el desarrollo de caries y, por tanto, cuantos más dientes tenga el niño o mientras antes erupcionen, más riesgo existe. Además, la erupción dental es un acto que constituye un cambio en la flora oral y que por sí mismo ya comporta un aumento en el riesgo de caries (34).
- El sustrato bacteriano o azúcares de la dieta: como decíamos, la leche materna en sí misma constituye un factor protector para el desarrollo de caries pues ayuda a la instauración de una correcta flora oral y gastrointestinal. El contenido en carbohidratos y, por tanto, su cariogenicidad, no ha sido aun correctamente estudiada in vivo, pero se ha demostrado que es mayor que la leche bovina y ligeramente menor que la leche de fórmula que se utiliza en los preparados de lactancia artificial. Cuanto más rica en carbohidratos fermentables sea la alimentación del bebé, más riesgo de caries (34).

Además, pasados los 12 primeros meses de vida, la alimentación complementaria juega un papel muy importante, pues se ha observado que la exposición a alimentos cariogénicos (y especialmente en niños con alimentación a demanda) es muy elevada (34); o la combinación con las leches de fórmula; que también suponen un riesgo añadido (43).

- La acumulación de bacterias cariogénicas: como sabemos, las bacterias orales se acumulan sobre la superficie dental dando lugar a un biofilm que metaboliza los azúcares de la dieta dando lugar a ácidos que desmineralizan dicha superficie. En niños en los que se perpetúa la alimentación a demanda (materna o artificial) una vez han erupcionado los dientes, tiene lugar una alta tasa de exposición a estos ácidos bacterianos, aumentando notablemente el riesgo de caries. Esto, además, se acentúa cuando esta alimentación tiene lugar durante la noche pues la posición en la que queda el niño y, por tanto; la lengua, implica una acumulación de los restos



de alimentos sobre las superficies dentales durante un momento en que la producción salival se ve disminuida.

Cuanto más prolongado sea el contacto de este sustrato con el diente mayor será el riesgo de caries. Por tanto, la remoción mecánica de placa y restos de comida es un factor fundamental para la prevención de lesiones de caries. Cuantos más dientes existen en boca, más importante es el cepillado para reducir el riesgo (34).

En resumen, por sí misma, la lactancia materna no causa mayores índices de CPI y, al contrario de lo que se podría pensar, constituye un factor protector para la misma durante el primer año de vida. La alimentación frecuente y nocturna, más allá del primer año (momento en que existen varios dientes ya en boca), aumenta este riesgo por la reducción del flujo salivar en este periodo del día. Por su parte, la combinación de dicha lactancia con otros carbohidratos de la dieta, incluidos los de la lactancia artificial, sí aumenta de forma directa el riesgo de caries (3)(11)(44).

Por lo tanto, el momento en que el bebé consume el alimento; hablando de alto riesgo durante la noche, y la frecuencia de consumo (más que la cantidad); que son consideraciones primarias y fundamentales en cómo interaccionan los factores anteriormente descritos, son los parámetros más críticos para el manejo del riesgo de CPI (27)(44).

B. NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS

Una vez se inicia una dieta complementaria más o menos completa (incluido el azúcar) la OMS recomienda reducir la cantidad de estos azúcares añadidos a menos de un 10% (equivalente más o menos a 50 gramos o 10 cucharillas) del total energético consumido a diario por adultos, e insta a que esta cantidad se mantenga al 5% (menos de 16 gramos en niños de 4-8 años) para minimizar los posibles riesgos de salud asociados a su consumo y también para evitar bajar la calidad de una dieta correcta con un aporte energético carente de nutrientes (45)(46).

Esta afirmación se basa en que la literatura demuestra que la reducción del azúcar consumido a <10% impacta más significativamente en el riesgo de caries que la reducción a <5%, cuando se compara con cantidades superiores al 10% (19). Por tanto, estos datos deben interpretarse con cautela y reducir al máximo siempre que nos sea posible la cantidad de azúcar consumida diariamente.

Artículos recientes, publicados durante 2024 encuentran que los niños que consumen mayor proporción de frutas y verduras presentan un riesgo de caries inferior (2.7 veces) que aquellos que los consumen con menor frecuencia. Estos datos sugieren que estos alimentos podrían tener un efecto protector o que, la ausencia de estos alimentos azucarados y procesados (que se sustituyen a los anteriores) tendría un impacto positivo en la salud oral durante la primera infancia (43).

La principal fuente de azúcar en la población de los países desarrollados la constituyen las bebidas gaseosas, los zumos y las leches de sabores. Estos líquidos azucarados, o endulzados, son consumidos por prácticamente la mitad de la población infantil (2-5 años), variando su porcentaje en función de la raza/etnia o el nivel socioeconómico (47).

Así, el consumo de snacks y líquidos azucarados es más frecuente en estratos socio-económicos bajos, cuando la madre es joven o adolescente (más joven) en el momento del parto.



CANTIDAD

Desde el punto de vista oral, se ha demostrado que esta cantidad de azúcar añadido (10% del gasto total energético) presenta potencial cariogénico y que, por tanto, la cantidad en que se consume es uno de los factores modificadores más importantes a la hora de analizar la dieta (17)(45). La caries, por lo tanto, puede explicarse en base a una asociación dosis-dependiente de azúcar consumido. Además a pesar de que la reducción de azúcar se lleve a cabo por debajo de estos valores, se ha observado que el riesgo de caries no está totalmente controlado, si bien es poca la evidencia que habla sobre los efectos de una dieta con un porcentaje inferior al 5% en el desarrollo de caries (17)(45).

FRECUENCIA

La frecuencia de consumo de alimentos en general, está relacionada con el impacto de la caries dental pues implica o condiciona caídas más constantes de pH, sin tiempo a que tenga lugar la remineralización natural del diente. Adicionalmente, esta frecuencia de consumo de azúcar condiciona modificaciones en biofilm bacteriano, mejorando su resistencia a la remoción mecánica y facilitando la difusión del azúcares a la zona central y profunda del mismo, aumentando por tanto la desmineralización ácida de la superficie del diente. Estos cambios no son tan evidentes cuando el alimento consumido (o el carbohidrato consumido) no es azúcar (33).

La literatura encuentra que estos cambios adaptativos en el biofilm bacteriano; que lo hacen especialmente apto para el desarrollo de la caries dental, se dan con independencia de la presencia de flúor en el medio cuando la frecuencia de consumo de azúcar es superior a 4 veces al día, observándose su efecto en la superficie del esmalte (desmineralización) a partir de 6 exposiciones (33).

Otros estudios robustos y más actuales, ya observan diferencias significativas en el riesgo de caries (hasta 3 veces superior) que presentan niños que consumen alimentos azucarados 5 o más veces al día, cuando se compara con niños que los consumen menos de 2 veces (43).

La frecuencia de consumo, por sí misma ha sido poco evaluada pero, en general, está bien establecida una íntima relación con la cantidad pues se entiende que, si una variable aumenta, la otra también tiende a hacerlo. Por tanto, la sola reducción de la frecuencia de consumo no sería suficiente para reducir el riesgo de caries, pero debe de ser uno de los objetivos principales cuando se interviene y diagnostica un paciente (17).

REDUCCIÓN DE AZÚCAR

Las medidas orientadas a la reducción del azúcar libre que se consume a diario deben pasar obligatoriamente por la educación individual y la promoción de hábitos saludables en el núcleo familiar. La introducción repetida de alimentos variados y saludables en un ambiente favorable y sin presión, mejora la tolerancia progresiva de alimentos y la aceptación de sabores, apoyando las medidas de reducción de azúcar (38).

Así, para aquellos padres que refieren que sus hijos son quisquillosos con la comida y rehúsan cambiar sus patrones alimenticios, también sería interesante ofrecer recursos positivos para la introducción de cambios en los hábitos dietéticos; que mejoran la adherencia a los mismos a largo plazo. En base a ello, es muy interesante saber que cuando se restringe un alimento de forma estricta, el individuo y, más concretamente, el niño (que no comprende totalmente el motivo de la restricción), ofrece una marcada preferencia por dicho alimento (38).



Por tanto, es fundamental que el profesional médico, odontológico y sanitario en general, sepa identificar conductas de riesgo y ofrecer información al respecto y recursos que permitan reducir este consumo. Esta información debe ser repetida y reforzada de forma periódica, incluyendo los posibles riesgos derivados de su consumo, para conseguir un impacto real a largo plazo. Así, se ha demostrado, que de no ser reforzadas de forma periódica, en tan sólo unos meses, los núcleos familiares obvian esta información y retoman los hábitos dietéticos perniciosos (47).

Además, el refuerzo y apoyo de las medidas tomadas por parte de los cuidadores, profesores y otros profesionales del ámbito educativo y psicológico es fundamental para la obtención de los objetivos fijados. Se ha observado que el éxito de estas intervenciones familiares son más exitosas a largo plazo cuando se hacen en persona, se ofrecen recursos gráficos y ejemplos prácticos, y además, se repiten en el tiempo (47).

ENFERMEDADES RELACIONADAS

Mencionar, además, que el azúcar añadido de la dieta no sólo supone un factor de riesgo determinante en el desarrollo de la caries. Su papel es fundamental también en la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidad y sobrepeso (17)(46). Tanto es así, que se ha observado una posible relación entre la aparición de lesiones de caries de infancia precoz y obesidad y sobrepeso en niños de corta edad, pues los factores de riesgo en muchos casos (factores dietéticos y socioeconómicos) son los mismos (32)(48)(49).

Así por ejemplo, el consumo de alimentos ricos en calorías y azúcares es especialmente frecuente entre los niños con mayor índice de masa corporal (IMC), siendo a su vez un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de la CPI (49).

Los datos deben ser interpretados con cuidado, pues cuando se analizan los estudios que determinan los niveles de caries en niños con sobrepeso u obesidad, la mayoría coinciden en una mayor prevalencia de ésta con respecto a los niños en normopeso. Sin embargo, cuando se analizan el peso de los niños con CIP se encuentra que, a edades tempranas sí existe una relación con sobrepeso, mientras que a medida que el niño crece, se relaciona con bajo peso (32).

Esto puede ser explicado, fundamentalmente, en base al origen multifactorial de ambas patologías y porque los niveles de caries y la extensión de las lesiones va aumentando con el tiempo si no se interviene sobre los factores de riesgo. Así, a cortas edades, estas lesiones no suelen generar dolor y, por tanto, no se afecta la calidad de vida del niño. A medida que éste crece, la caries abarca más estructura dental, pudiendo extenderse a la pulpa con el consiguiente dolor, minimizando el apetito y el consumo de alimentos y reduciendo, por tanto, el peso del niño (32)(48).

Por otro lado, cuando se analiza la población en general (no únicamente los niños de corta edad 0-3 años), se observa que existe una relación diferente entre ambas patologías en función de la edad del paciente. Así, se observan resultados más consistentes en niños mayores o en dentición permanente, debido probablemente a que ambas condiciones son “acumulativas” en el tiempo, como explicábamos al inicio del texto (48).

Además, el cambio en los patrones de alimentación de los pacientes obesos a edades adultas (carbohidratos fermentables, muy relacionados también con la caries), así como la plausible reducción del flujo salival (con respecto a individuos sanos), también podrían explicar estas teorías (48).



FACTORES MODIFICADORES

Si bien en los últimos años la conciencia sobre la necesidad de higiene oral ha aumentado en la población, la incidencia de caries en niños de corta edad (dentición temporal) sigue siendo muy elevada, representando hasta el 30% del total de las caries que se registran en la población general (23).

Tanto es así, que se considera que los niños que presentan caries, tienen un riesgo entre 5 y 6 veces mayor de desarrollar nuevas lesiones con respecto a aquellos niños que no presentan caries, y 3 veces más riesgo de desarrollar caries en su dentición permanente (50).

La mayor presencia de lesiones en dentición decidua podría explicarse en base a las propias características del diente temporal, que presenta un esmalte más delgado y menos organizado y con una composición más orgánica que el del diente permanente (50)(23) así como los hábitos dietéticos (descritos anteriormente) de este grupo (23).

FACTORES PROTECTORES – FLÚOR

El papel del flúor en el control de la caries es bien conocido, pues promueve la remineralización de las lesiones incipientes y reduce la solubilidad del esmalte. Esto es, la presencia del flúor durante el ataque ácido, reduce la pérdida de minerales de la superficie dental y se une a la estructura remanente generando una nueva superficie del esmalte más resistente (20). Además, también modifica la microbiota oral alterando, más concretamente, la fisiología celular de los *Streptococcus Mutans* (51).

Ha sido demostrado que su utilización 2 veces al día en una concentración de 1000-1500 ppm (concentración estándar) de forma tópica, reduce entre el riesgo de aparición de lesiones en dentición permanente y temporal entre un 25 y un 30% (50).

La utilización de pastas con cantidades de flúor inferiores a las estándar se considera inefectivo, relacionándose con un mayor índice de caries (50). Además, la concentración de la pasta de dientes es más determinante en el control del riesgo de caries que la cantidad de la misma (52).

La implantación de medidas educativas sobre técnicas higiene oral permite mejorar los índices de higiene y acumulación de placa a corto plazo. Sin embargo, la reducción de caries a largo plazo es cuestionable si dichas medidas no van acompañadas de asesoramiento sobre la concentración de flúor que debe contener la pasta, por lo que puede deducirse que la educación sobre higiene oral no tiene por sí misma capacidad para reducir el riesgo de caries (50).

La causa fundamental por la que existe tanta controversia acerca de la concentración óptima de las pastas dentales infantiles es el elevado riesgo que existe de que los niños más pequeños (menores de 5 años) traguen dicha pasta y, por tanto, puedan sufrir una intoxicación por flúor (53).

Entre los efectos adversos que pueden observarse derivados del uso del flúor se encuentra el riesgo de desarrollar fluorosis. La fluorosis es una alteración del esmalte causada por una ingestión crónica de excesivas cantidades de flúor durante el proceso de desarrollo del diente. Dado que la formación del diente se lleva a cabo durante un periodo de tiempo, los efectos de la fluorosis son acumulativos, dando lugar a diferentes patrones clínicos de severidad una vez el diente erupciona (52).

El riesgo de fluorosis y su severidad va a estar condicionado por el momento de la ingestión, la cantidad ingerida, la duración de la exposición, su biodisponibilidad, el grado de desarrollo dental y el peso del individuo (52). Se calcula que la cantidad de flúor que necesita ser ingerida para la aparición de estas lesiones es de 0.05-0.07 mg F/Kg de peso (20), pues este peso influye en la disolución de la dosis ingerida, y que el momento de la ingesta sea entre los 0-4 años de edad, momento de desarrollo de los dientes anteriores permanentes (52).





Si bien es poco frecuente, se ha encontrado que la posibilidad de observar fluorosis leves es mayor en aquellos individuos que utilizan pastas con concentraciones estándar de flúor; pero, sin embargo, estas fluorosis se dan niveles tan leves o medios que muchas veces ni siquiera llegan a generar un impacto estético. Por su parte, el riesgo de desarrollar una fluorosis grave o con impacto estético en niños que utilizan una cantidad de flúor inferior a la estándar no difiere con el riesgo presente en niños que utilizan mayores concentraciones (50)(53).

Estas lesiones, además, parecen ser más frecuentes en niños que iniciaron el cepillado con flúor antes de los dos años de edad y en niños que se cepillan más de una vez al día (en comparación con aquellos que no se cepillan diariamente). También se observa mayor frecuencia de aparición a medida que aumenta la concentración de flúor en la pasta y la propia cantidad de pasta depositada en el cepillo (53)(52) aunque no toda la literatura parece estar de acuerdo con este último aspecto (20).

Por su parte, la intoxicación aguda por el consumo de grandes cantidades de flúor es rara (5 mg F/Kg de peso), pero podría llevarse a cabo si un niño consume entre 1/3 y 2/3 del tubo de pasta con una concentración estándar de 1100 ppm F (20).

Lo que sí parece bien demostrado es que el riesgo de ingestión de pasta es mayor cuanto más pequeño sea el niño (especialmente de 2 a 4 años, que aún no saben escupir correctamente), cuanto mayor sea la cantidad de pasta que se deposita en el cepillo, y cuánto más agradable sea el sabor de la misma. Estos últimos factores, el sabor de la pasta y la cantidad de la misma, se han relacionado con una ingestión mayor de pasta de forma independiente a la edad del niño (54).

Otras teorías sin fundamento que han surgido en los últimos años, tales como la relación del flúor y alteraciones del neurodesarrollo (como el TEA) han sido desmentidas en estudios recientes. Así, Do y sus compañeros publicaron en 2024 un estudio de seguimiento, complementario a otro estudio previo publicado en 2018, con el objetivo de investigar estas teorías. En el artículo inicial, publicado por Spencer y sus colaboradores se demostró que la fluoración del agua pública podía considerarse una medida efectiva y segura en la reducción del riesgo de caries entre la población infantil y pediátrica (55). Unos años después, como se explicaba, otro grupo de investigadores toma como referencia la misma muestra y se evalúa como una posible sobreexposición al flúor influía en su desarrollo intelectual y neurológico. Los resultados son contundentes y demuestran que, incluso en aquellos casos en los que tuvo lugar una sobreexposición al flúor (traducido en una mayor prevalencia de fluorosis o presencia de fluorosis de mayor intensidad e impacto) no se observaba ningún efecto medible sobre su desarrollo cognitivo y neurológico (56).

Tras años de investigación, las diferentes entidades dentales y de toxicología han llegado a la conclusión de que el riesgo de desarrollar efectos adversos derivados del uso del flúor es mínimo si se compara con los beneficios que éste aporta para la prevención de caries, siempre y cuando se utilice de forma correcta y supervisada en niños menores de 6 años. A pesar de ello lo más lógico es la creación de protocolos seguros que minimicen el riesgo de desarrollar cualquiera de estos efectos indeseables (20).

Así, en base a todo lo que hemos descrito en los puntos anteriores, se considera segura y efectiva la utilización de pastas con flúor desde la erupción del primer diente, en una cantidad equivalente a un grano de arroz (y preferiblemente sin sabor) en niños menores de 2-4 años de edad, siempre que el cepillado se lleve a cabo de forma supervisada (1)(6)(20)(54).

La utilización del flúor puede llevarse a cabo de forma sistémica o de forma local o tópica. Dado que el efecto anticaries derivado de su ingestión como suplemento es poco exacto y no está bien demostrado en la literatura, consideraremos el flúor como agente de prevención de caries tópico.



HIGIENE DENTAL

Además de la utilización de pastas dentales con una adecuada concentración de flúor, existen otros factores relacionados con el cepillado dental que también influyen en el riesgo de caries del paciente pediátrico. Entre ellos, la frecuencia y el tiempo de cepillado, la cantidad de pasta de dientes recomendada así como la supervisión del mismo, son determinantes que deben tenerse en cuenta (57).

La supervisión del cepillado no sólo consiste en asegurarnos de que se ha llevado a cabo el mismo, sino en determinar la calidad del cepillado cuando éste puede llevarse a cabo de forma autónoma por el niño, y asistirlo o realizarlo nosotros mismos cuando el niño no presente aún habilidades motrices adecuadas o maduras (57)(58). Cuando el niño demuestre una comprensión y una habilidad adecuada de la higiene dental, así como un correcto desarrollo de la técnica de cepillado, estará preparado para hacerlo solo (59).

Además, esta acción tan sencilla parece aumentar la conciencia del niño sobre su salud oral y un aprendizaje más rápido y efectivo de la técnica de cepillado. Todo ello, por tanto, se ha mostrado determinante en la reducción del riesgo de caries (57)(58). Hoy en día puede considerarse “indulgencia parental” el hecho de que los padres se nieguen a ayudar y asistir el cepillado dental de los hijos o permitir que este no se lleve a cabo por “falta de tiempo” (2).

Evidentemente, no siempre es culpa de los pobres padres. Sabemos que no todos los niños aceptan igual de bien según qué hábitos y también sabemos que hay ciertas edades en las que el no y el yo son sus palabras preferidas. La literatura también contempla estas situaciones y ya hay estudios recientes, de 2024 (revisión sistemática y meta-análisis, ni más ni menos) que encuentran una relación directa entre temperamentos complejos y el riesgo de caries (60)

Los niños con poca capacidad de autorregular de sus propias emociones, por su edad o grado de madurez, experimentan dificultades a la hora de controlar sus impulsos y frustraciones, prestar y mantener atención; sin distracciones, en las tareas diarias, por lo que se oponen con mayor intensidad al cepillado dental y son más propensos a ser consolados durante las “crisis de comportamiento” con alimentos azucarados o alimentación nocturna frecuente (61)

Es fundamental que sepamos transmitir a la familia pautas precisas sobre esta higiene, que avisemos de este posible rechazo, que demos consejos prácticos que puedan ayudarles y que no idealicemos el proceso. La remoción mecánica del biofilm es fundamental para controlar el riesgo de caries. Tenemos que cepillar aunque al principio no sea una rutina agradable; porque es un hábito de salud, un acto de amor hacia el bebé; como las revisiones médicas, las vacunas o el simple baño.

En cuanto a la frecuencia de cepillado, también se ha demostrado que la reducción del riesgo de caries es mayor cuando la frecuencia de cepillado también aumenta. Algunos estudios, aunque de baja evidencia, incluso sugieren que esta frecuencia de cepillado ayuda al control del desarrollo de caries de forma más directa en dentición temporal cuando se compara con la dentición permanente, probablemente derivado del riesgo de caries propio de edades tempranas. En conclusión, una mayor frecuencia de cepillado en niños podría ayudar a reducir el riesgo de caries, con posible independencia del tipo de dentífrico utilizado (62).

Combinando ambos aspectos para la reducción del riesgo de caries, se encuentra que un cepillado 2 veces al día con pasta fluorada podría ser más efectivo que un único cepillado. Esta explicación viene explicada por la acción preventiva del flúor sobre el esmalte dental y no tanto por la remoción de biofilm (52).



Dicho efecto preventivo del flúor se observa a nivel local, en la interfase diente-placa, permitiendo la remineralización de lesiones tempranas de caries y reduciendo la solubilidad del esmalte. Dicha solubilidad o desmineralización del esmalte se reduce sustancialmente cuando el flúor difunde al esmalte en presencia de los ácido liberados por la propia placa bacteriana y al combinarse con los iones de calcio y fosfato cuando el pH del medio sube; dando lugar a un precipitado de flúor-apatita que se deposita en la superficie del diente (63).

Tras la remineralización, se observa además un riesgo menor de futura desestructuración de la superficie del esmalte, pues el material utilizado para su refuerzo resiste más fácilmente el ataque ácido bacteriano (63).

Por lo tanto, dado que no existe una evidencia de alto impacto, lo más correcto sería recomendar dos cepillados diarios.

Una mayor duración del cepillado también condiciona una mejor y más homogénea disolución de la pasta de dientes, que contacta de forma más prolongada con la superficie dental y ayuda a potenciar su efecto anticaries (52). Además, para maximizar el efecto beneficioso del flúor sobre el diente, debe evitarse enjuagar los restos pasta (25).

Por último, en relación a la cantidad de pasta dental que debe utilizarse, el objetivo fundamental es mantener el efecto preventivo de la misma reduciendo el riesgo de intoxicación aguda o crónica por flúor. Teniendo en cuenta los riesgos descritos en el punto anterior, se considera segura una cantidad de guisante cuando la concentración de la pasta es de 1500 ppm F o la mitad de la cabeza del cepillo cuando la concentración es de 1000 ppm F en niños de 2 años con normopeso (52).

Dado que las cantidades pueden malinterpretarse o ser modificadas por varios factores externos (tales como el peso, la frecuencia del cepillado o la capacidad de escupir del niño), se considera más seguro recomendar una cantidad de pasta equivalente a un guisante a partir de los 2-4 años de edad, con una concentración de 1000-1500 ppmF, y una cantidad menor de pasta para niños menores de 2 años, pero nunca una concentración menor (52).

Por tanto, para niños a partir de 2-4 años de edad, recomendamos un cepillado con una cantidad de pasta equivalente a un guisante, dos veces al día, supervisado por un adulto y evitando enjuagar después. En niños menores a 2 años, la cantidad debe reducirse a una “raspada” o granito de arroz (52).

En cuanto a la edad de inicio de la higiene oral, algunos autores y profesionales afirman correcto la utilización de una gasa suave y húmeda para retirar los restos de alimentos, desde los primeros días de vida, para evitar la contaminación bacteriana de los mismo y el aumento del riesgo de caries una vez erupcionen los primeros dientes (3). A día de hoy, habiendo demostrado el papel secundario de la flora bacteriana oral en el desarrollo de la caries, se puede afirmar que esta recomendación no es del todo correcta.

PAPEL DEL ODONTOPEDIATRA Y EL PEDIATRA

En base a todo lo anterior, hoy en día no podemos hablar de la CPI como un problema únicamente dental. Podemos afirmar que la CPI es un problema social, educativo, político, médico, psicológico y económico (64).

Por ello, el reconocimiento y exploración temprana del bebé y la familia, la educación sanitaria preventiva y las medidas político-económicas que faciliten el acceso a los servicios de salud, ayudan a poder informar sobre las características de las patologías orales y su prevención.



EDUCACIÓN E INFORMACIÓN TEMPRANA

Tan temprana puede ser esta prevención, que se ha demostrado eficaz la educación materna en la etapa prenatal o perinatal en la prevención de la CPI. Es decir, proveer a la madre de información sobre dicha patología ayuda de forma significativa a reducir los niveles de la misma una vez el niño nace (3)(11). Todo ello, asumiendo que la madre o los principales cuidadores, durante la primer etapa de la vida del niño, serán los más “responsables” de la instauración de hábitos saludables higiénico dietéticos (11).

El periodo perinatal, que se inicia en torno la semana 20-28 de gestación y que concluye en 1-4 semana tras el parto, tiene un papel fundamental en el bienestar y la salud oral de la madre gestante y el bebé. Además de la CPI, la información recibida en este periodo provee de recursos muy valiosos sobre otras posibles cuestiones como el proceso de erupción dental, infecciones, medicamentos, etc (40).

Una vez el niño nace, se establecen correctamente los hábitos dietéticos y erupciona el primer diente, debería llevarse a cabo una primera visita dental, no debiendo retrasarla más allá del primer año de vida (3). Esta medida permite establecer de forma eficaz y temprana el concepto de “Hogar dental”, que viene a ser un espacio o lugar de confianza para la familia, dónde se van a recibir de forma individualizada los consejos higiénico-dietéticos orientados a reducir un futuro riesgo de CPI, dónde se explorará periódicamente al niño; minimizando a su vez el miedo al dentista (3).

Desde esta primera visita sería muy útil instaurar una entrevista motivacional, que tiene como objetivo fundamental hacer partícipe al paciente o la familia/cuidadores, tanto en el tratamiento como en la prevención de la patología dental; individualizando cada situación. Centra sus bases en el establecimiento de estrategias de prevención reales y útiles a largo plazo, sin juzgar y sin enfrentarse al paciente por sus prácticas o creencias. Las recomendaciones y consejos que pautemos a cualquier individuo o, en este caso, familia, deben estar centrados en los valores y recursos de la misma (11)(65)(66).

Se ha demostrado que la entrevista motivacional y la creación de este hogar dental, como primera medida de información, tiene un efecto positivo en la prevención de los niveles de caries, especialmente entre los grupos de alto riesgo. A su vez, sus efectos beneficiosos son más evidentes cuando dicha entrevista se lleva a cabo en periodo prenatal o perinatal entre los 6 y los 12 meses de edad; periodo crítico para el establecimiento de unos correctos hábitos higiénico-dietéticos (3)(59)(65).

La implantación de medidas preventivas a partir de los 24 meses de edad o en niños con hábitos bien establecidos y alta probabilidad de que la enfermedad se haya instalado, puede ayudar a cambiar ciertos hábitos de vida, pero no muestra el mismo impacto clínico (10)(66).

La evidencia sugiere además que el conocimiento de los padres acerca del proceso de desarrollo y prevención de la caries es una indicación de que las medidas educacionales pueden mejorar la adherencia de los mismos a los planes preventivos y la reducción de caries (10)(67)(68). En este aspecto, se ha demostrado que la entrevista motivacional es una herramienta fundamental, si bien su impacto es limitado en otros aspectos fundamentales como el cepillado dental o el consumo de alimentos cariogénicos a largo plazo (24 meses) (69).

La combinación de esta entrevista motivacional individualizada con medidas educacionales auxiliares, ya sea sobre el propio paciente, gráficas o escritas, que enseñen una correcta técnica de cepillado, dosificación de pasta, identificación de lesiones, control dietético; así como la revisión y el refuerzo de dichas pautas a medio-largo plazo; ayuda en los niveles de éxito de la primera (70)(71).



Dado que la atención de niños a tan corta edad, por desgracia, no se lleva a cabo comúnmente en el consultorio dental, el trabajo multidisciplinar y la coordinación con los servicios de atención primaria es fundamental en la implantación de medidas preventivas (65). La experiencia clínica muestra además, que el acompañamiento y apoyo de las medidas socio-sanitarias implantadas por profesionales odontólogos y médicos por parte de los centros de cuidado y educación infantil también un impacto positivo en el efecto de las mismas (72).

En España, a modo de curiosidad, en 2021 se llevó a cabo un estudio para conocer a su vez, el grado de conocimiento que tenían los pediatras del SNS acerca de la salud oral de la población pediátrica. De 2580 pediatras invitados a participar, únicamente 359 (un 13.9%) respondieron al test, siendo la mayoría mujeres de entre 30-39 años y trabajadoras de áreas urbanas (73).

De los pediatras consultados, menos del 50% sabía que las medidas preventivas deben implantarse de forma temprana tras la erupción del primer diente o antes del primer año de vida.

Sin embargo, la mayoría de ellos sabía (70%) sabía que existe un componente higiénico-dietético en su desarrollo, y que la lactancia materna prolongada no está relacionada de forma directa, si bien la mayoría atribuía el desarrollo de caries a una transmisión e infección temprana por bacterias cariogénicas.

Además, sólo un 35% de los consultados recomendaba un cepillado rutinario y asistido, y tan sólo la mitad de ellos recomendaba una concentración mínima de 1000 ppm de ión fluoruro. Casi un 80% de los pediatras consideraba que esta información sobre la salud oral era deficiente y el 98% afirmó que el conocimiento adquirido durante la carrera era insuficiente.

Por último, sólo un 24% de los pediatras era capaz de diferenciar una lesión de hipomineralización de una caries en los molares, si bien en el sector anterior esta cifra aumenta significativamente (80%).

A pesar de la información obtenida, dado que el número de participantes es tan escaso, estos resultados no pueden considerarse representativos para los pediatras en general, y deben interpretarse estos datos con cautela. Se estima que la mayoría de los pediatras que contestaron esta encuesta habían recibido formación complementaria en este campo y se sintieron seguros y confiados para responder.

ANSIEDAD Y MIEDO

El miedo dental es una respuesta emocional desencadenada por un estímulo concreto que se inicia dentro del ámbito odontológico. La ansiedad dental, por su parte, es un estado de aprensión intenso mediado por el miedo al dentista. Ambas circunstancias, especialmente a nivel pediátrico, pueden impactar negativamente en el tratamiento odontológico del paciente. Tanto es así, que surge el término dental-fear-anxiety DFA, por sus siglas en inglés, para describir la experiencia de estos pacientes (74).

Se ha demostrado que hasta la mitad de los adultos que actualmente presentan DFA han tenido experiencias negativas en su infancia; responsables de dichos miedos y ansiedad (74).

Entre los niños, aunque las cifras varían según el estudio consultado y la muestra analizada, los datos sobre DFA sugieren que casi el 30% de la población pediátrica experimenta miedo y/o ansiedad ante el dentista. Esto genera a su vez comportamientos disruptivos y retrasos en el tratamiento, que llevan a un empeoramiento del cuadro clínico y la necesidad de tratamientos dentales más extensos (74).

Este miedo es mayor en los niños que no han visitado nunca el dentista o que han ido en pocas ocasiones, lo que sugiere que una mayor exposición al dentista reduce el riesgo de FDA. A su vez, los niños que presentan caries y que requieren tratamiento son más propensos a experimentar miedo y ansiedad cuando se compara con los niños que no han requerido tratamientos extensos restauradores (74)



Este tratamiento, a su vez, también se ha demostrado causar mayores niveles de DFA a medida que aumenta el la complejidad que requiere. Así, la exodoncia del diente cuándo éste no puede conservarse o cuando no hay colaboración por parte del paciente; se asocia a mayores niveles de FDA cuando se compara con la conservación del diente mediante pulpectomía (75).

CONCLUSIÓN

No podemos olvidar que la CPI es una enfermedad multifactorial que no va a ser únicamente controlada por medidas intervencionistas. La prevención y el control de la progresión de las lesiones mediante la instauración temprana de medidas educacionales higiénico-dietéticas en el núcleo familiar es determinante para el riesgo individual de CPI.

A su vez, dicho tratamiento restaurador debe llevarse a cabo de común acuerdo entre la familia y el profesional, planteando los pros y contras de cada una de las opciones terapéuticas y entiendo qué es lo que la familia y el paciente entiende por ventaja e inconvenientes del proceso y el resultado de dicho tratamiento (76).



BIBLIOGRAFÍA

1. Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(6):817–30.
2. Kithiga M, Murugan M, Saikia A. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent.* 2019;41(2):95–112.
3. Zou J, Du Q, Ge L, Wang J, Wang X, Li Y, et al. Expert consensus on early childhood caries management. *Int J Oral Sci.* 2022;14(35):1–14.
4. Zaror C, Matamala-Santander A, Ferrer M, Rivera-Mendoza F, Espinoza-Espinoza G, Martínez-Zapata MJ. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. Vol. 20, *International Journal of Dental Hygiene.* 2022. 120–135 p.
5. Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(2):93–9.
6. Bravo Perez M, Almerich Silla J, Canorea Día E. Encuesta de Salud Oral en España 2020. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.* 2020;
7. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C, Mir Plana B. Prevalencia de la caries dental en el niño inmigrante: Estudio comparativo con el niño autóctono. *An Pediatr (Engl Ed).* 2006;65(4):337–41.
8. Obregón-Rodríguez N, Fernández-Riveiro P, Piñeiro-Lamas M, Smyth-Chamosa E, Montes-Martínez A, Suárez-Cunqueiro MM. Prevalence and caries-related risk factors in schoolchildren of 12- and 15-year-old: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):1–11.
9. Kazeminiya M, Abdi A, Shohaimi S, Jalali R, Vaisi-raygani A, Salari N. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta- analysis. *Head Face Med.* 2020;16(22):1–21.
10. Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, et al. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;(11):CD012155.
11. Gomersall JC, Slack-Smith L, Kilpatrick N, Muthu MS, Riggs E. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2024 May 16;2024(5).
12. Maklennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. Vol. 24, *BMC Oral Health.* BioMed Central Ltd; 2024.
13. He S, Yon MJY, Liu F, Lo ECM, Yiu CKY, Chu CH, et al. prevalence of caries patterns in the 21st century preschool children: a systematic review and meta-analysis. Vol. 24, *Journal of Evidence-Based Dental Practice.* Elsevier Inc.; 2024.
14. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I. Individual, Family, and Socioeconomic Contributors to Dental Caries in Children from Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12):7114.
15. Kale S, Kakodkar P, Shetiya S, Abdulkader R. Prevalence of dental caries among children aged 5–15 years from 9 countries in the Eastern Mediterranean Region: A meta-analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2020;26(6):726–35.
16. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. *J Investig Clin Dent.* 2019;10(1):e12376.
17. Moynihan P. Sugars and Dental Caries : Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *Advances in Nutrition.* 2016;7(1):149–56.
18. Hummel R, Akveld NAE, Bruers JJM, van der Sanden WJM, Su N, van der Heijden GJMG. Caries Progression Rates Revisited: A Systematic Review. *J Dent Res.* 2019;98(7):746–54.
19. Moynihan PJ, Kelly SAM. Effect on caries of restricting sugars intake: Systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res.* 2014;93(1):8–18.
20. Walsh T, Hv W, Am G, Vcc M, Jeroncic A, Walsh T, et al. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;3(3):1–245.
21. Paes Leme AF, Koo H, Bellato CM, Bedi G, Cury JA. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation - New insight. *J Dent Res.* 2006;85(10):878–87.
22. Caries-risk Assessment and Management for Infants , Children , and Adolescents. *American Academy of Pediatric dentistry.* 2019;LATEST REV:220–4.
23. Wang Y, Li J, Sun W, Li H, Cannon RD, Mei L. Effect of non-fluoride agents on the prevention of dental caries in primary dentition : A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(8):1–16.
24. AAPD. Policy on Early Childhood Caries (ECC) : Classifications , Consequences , and Preventive Strategies. *American Academy of Pediatric dentistry.* 2016;71–3.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* 2021;9(1):81–4.
26. Man VCW, Manchanda S, Yiu CK. Oral Candida-biome and Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Dent J.* 2024 Sep;S0020-6539(24):01489–8.





27. Leong PM, Gussy MG, Barrow S yan L. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr Dent.* 2013;23(4):235–50.
28. Ramos-Gómez FJ, Gansky SA, Featherstone JDB, Jue B, González-Beristain R. Mother and Youth Access (MAYA) Maternal Chlorhexidine, Counseling and Pediatric Fluoride Varnish Randomized Clinical Trial to Prevent Early Childhood Caries Francisco. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(3):169–79.
29. Sheiham A, James WPT. Diet and dental caries: The pivotal role of free sugars reemphasized. *J Dent Res.* 2015;94(10):1341–7.
30. Jones L, Moschonis G, Oliveira A, De Lauzon-Guillain B, Manios Y, Xepapadaki P, et al. The influence of early feeding practices on healthy diet variety score among pre-school children in four European birth cohorts. *Public Health Nutr.* 2015;18(10):1774–84.
31. Abanto J, Pinheiro E, Abanto J, Cardoso MA. Dieta y nutrición en la fase de los primeros 1000 días de vida y su relación con los problemas bucales. In: *Primeros 1000 días del bebé y salud bucal.* 2020. p. 16–28.
32. Angelopoulou M, Beinlich M, Crain A. Early Childhood Caries and Weight Status: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent.* 2019;41(4):261–70.
33. Ccahuana-Vásquez RA, Tabchoury CPM, Tenuta LMA, Del Bel Cury AA, Vale GC, Cury JA. Effect of frequency of sucrose exposure on dental biofilm composition and enamel demineralization in the presence of fluoride. *Caries Res.* 2006;41(1):9–15.
34. Tham R, Bowatte G, Dai X. Breastfeeding and the risk of dental caries : a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):62–84.
35. Santos LP, Assunção MCF, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD. Dietary intake patterns of children aged 6 years and their association with socioeconomic and demographic characteristics, early feeding practices and body mass index. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1–12.
36. Morales A, Ribeiro Nathalia, dos Santos M, Aiello R. Ultra-processed foods consumption and dental caries in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr.* 2022;27:1–27.
37. Soldateli B, Vigo A, Giugliani ERJ. Effect of Pattern and Duration of Breastfeeding on the Consumption of Fruits and Vegetables among Preschool Children. *PLoS One.* 2016;11(2):1–8.
38. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Current Biology.* 2013;23(9):R401–8.
39. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, UNICEF. 2003;Geneva.
40. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and Infant Oral Health Care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2021 ;Latest Rev:262–6.
41. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(11):1–14.
42. Hermont AP, Martins CC, Zina G, Auad SM. Breastfeeding , Bottle Feeding Practices and Malocclusion in the Primary Dentition : A Systematic Review of Cohort Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(3):3133–51.
43. Sandy LPA, Helmyati S, Amalia R. Nutritional factors associated with early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. Vol. 36, *Saudi Dental Journal.* Elsevier B.V.; 2024. p. 413–9.
44. Shrestha SK, Arora A, Manohar N, Ekanayake K, Foster J. Association of Breastfeeding and Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2024 Apr 30;16(9).
45. WHO. Sugars intake for adults and children. Geneva. WHO. 2015;
46. Revision L. Policy on Dietary Recommendations for Infants , Children , and Adolescents. American Academy of Pediatric dentistry. 2020;76–8.
47. Vercammen KA, Frelief J, Lowery C, McGlone M, Ebbeling C. A systematic review of strategies to reduce sugar-sweetened beverage consumption among 0-year to 5-year olds. *Obesity Reviews.* 2018;19(11):1504–24.
48. Paisi M, Kay E, Bennett C, Kaimi I, Witton R, Nelder R, et al. Body mass index and dental caries in young people : a systematic review. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):122–31.
49. Bakhoda MR, Haghghat Lari MM, Khosravi G, Khademi Z, Abbasi F, Milajerdi A. Childhood obesity in relation to risk of dental caries: a cumulative and dose-response systematic review and meta-analysis. Vol. 24, *BMC Oral Health.* BioMed Central Ltd; 2024.
50. App S, Nadanovsky P, Bh O. A systematic review and meta- analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(1):1–12.
51. Canga M, Malagnino VA, Malagnino I, Malagnino G. Effectiveness of Fluoridation Depending on Periodicity in 6-10-year-old Children. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2019;12(4):280–2.
52. Ellwood RP, Cury JA. How much toothpaste should a child under the age of 6 years use? *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10(3):168–74.
53. Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years. *The Journal of the American Dental Association.* 2014;145(2):182–9.
54. Kobayashi CAN, Belini MR, Italiani FDM, Pauleto ARC, Julianelli De Araújo J, Tessarolli V, et al. Factors influencing fluoride ingestion from dentifrice by children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(5):426–32.



55. Spencer AJ, Do LG, Ha DH. Contemporary evidence on the effectiveness of water fluoridation in the prevention of childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018 Aug 1;46(4):407–15.
56. Do LG, Sawyer A, John Spencer A, Leary S, Kuring JK, Jones AL, et al. Early Childhood Exposures to Fluorides and Cognitive Neurodevelopment: A Population-Based Longitudinal Study. *J Dent Res.* 2024 Dec 18;
57. dos Santos APP, de Oliveira BH, Nadanovsky P. A systematic review of the effects of supervised toothbrushing on caries incidence in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2018;28(1):3–11.
58. Rai NK, Tiwari T. Parental factors influencing the development of early childhood caries in developing nations: A systematic review. *Front Public Health.* 2018;6(MAR):1–8.
59. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants children and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* 2022;40(6):194–204.
60. Sriram S, Sahoo S, Muthu M, Kirthiga M, Saikia A, Jairam L, et al. SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS Child Temperament and Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Dentistry.* 2024 May;46(3):169–78.
61. Kennedy J, Taylor G. Child temperament and early childhood caries: is there a link? *Evidence-Based Dentistry.* Springer Nature; 2024. p. 169–78.
62. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2016;95(11):1230–6.
63. Marinho V, Worthington H V, Walsh T. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;Julio 11(7):CD002279.
64. Yunus S, Javed F, Ebadi MH. Prevalence and Risk Factors for ECC Among Preschool Children from India along with the Need of its Own CRA Tool- A Systematic Review. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2022;12(831):295–308.
65. Faustino-Silva DD, Colvara BC, Meyer E, Hugo FN, Celeste RK, Hilgert JB. Motivational interviewing effects on caries prevention in children differ by income: A randomized cluster trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019;47(6):477–84.
66. Colvara BC, Faustino-Silva DD, Meyer E, Hugo FN, Celeste RK, Hilgert JB. Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(1):10–6.
67. Andrew L, Wallace R, Wickens N, Patel J. Early childhood caries, primary caregiver oral health knowledge and behaviours and associated sociological factors in Australia: a systematic scoping review. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):1–14.
68. Menegaz AM, Quevedo L de Á, Muniz LC, Finlayson TL, Ayala GX, Cascaes AM. Changes in young children's oral health-related behaviours and caregiver knowledge: A cluster randomized controlled trial in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(1):81–7.
69. Mortazavi S, Karemi A. Impact of Motivational Interviewing on Parental Risk Related Behaviors and Knowledge of Early Childhood Caries: A Systematic Review Abstract. *Int J Prev Med.* 2021;12(167):1–8.
70. Aliakbari E, Gray-Burrows KA, Vinall-Collier KA, Edwebi S, Marshman Z, McEachan RRC, et al. Home-based toothbrushing interventions for parents of young children to reduce dental caries: A systematic review. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(1):37–79.
71. Yu KF, Wen W, Liu P, Gao X, Lo ECM, Wong MCM. Effectiveness of Family-Centered Oral Health Promotion on Toddler Oral Health in Hong Kong. *J Dent Res.* 2022;101(3):286–94.
72. Samuel SR, Acharya S, Rao JC. School Interventions–based Prevention of Early-Childhood Caries among 3–5-year-old children from very low socioeconomic status: Two-year randomized trial. *J Public Health Dent.* 2020;80(1):51–60.
73. Martínez-Beneyto Y, Navarrete-García C, Serna-Muñoz C, Ausina-Márquez V, Poza-Pascual A, Expósito-Delgado AJ, et al. Spanish Paediatricians' Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Oral Health of Children under 6 Years of Age: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15):0–11.
74. Sun IG, Chu CH, Lo ECM, Duangthip D. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2024 Mar 1;142.
75. Abanto J, Tsakos G, Olegário IC, Paiva SM, Mendes FM, Ardenghi TM, et al. Impact of pulpectomy versus tooth extraction in children's oral health-related quality of life: A randomized clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024 Feb 1;52(1):13–23.
76. Tamošiunas V, Kay E, Craven R. A preliminary study applying decision analysis to the treatment of caries in primary teeth. *Stomatologija / issued by public institution "Odontologijos studija" . [et al].* 2013;15(3):84–91.



¿DEL PSICÓLOGO O DEL PEDIATRA?

Carranza Almansa, Inmaculada

Psicóloga Clínica UGC Salud Mental. Hospital Reina Sofía
Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria

El dar respuesta a esta pregunta en apariencia simple, pero en el fondo compleja, implica analizar algunos aspectos que a continuación esbozo:

1- El primero, relacionado con “de dónde venimos cada uno”.

La pediatría es una especialidad médica. Durante el grado de medicina, el foco se centra en las enfermedades, su diagnóstico y su tratamiento. No existe ninguna asignatura relacionada con la conducta humana ni con el desarrollo evolutivo normal de la persona. En la formación especializada, el tiempo dedicado a la psicología infantojuvenil es nulo y a la psicopatología en estas edades mínimo.

La psicología tiene como objeto de estudio el comportamiento humano. Durante el grado se profundiza en la persona, el estudio de su conducta, el desarrollo evolutivo de la misma y los factores que le afectan. Durante la formación especializada, el tiempo dedicado a la Salud Mental en la edad infantojuvenil es casi la mitad de la formación.

Desde ahí, a la Pediatría en AP se le presenta un reto al tener que afrontar una demanda infanto-juvenil relacionada con la Salud Mental cada vez más frecuente, cambiante continuamente en la forma y grave en muchos casos.

2- El segundo, relacionado con el concepto de Salud Mental, enfermedades o trastornos mentales.

A diferencia de otras especialidades, las “enfermedades mentales” no son entidades naturales, no tienen demostrada una base biológica ni un tratamiento “medico” eficaz.

La importancia de lo “evolutivo” y de lo “contextual” es primordial. Por todo ello y, además, los límites entre lo “normal” y lo “patológico” es difuso y cambiante.

3- El tercero, tiene que ver con el propio sistema sanitario.

Un sistema con carencia de profesionales, tanto de pediatras como de psicólogos.

Un sistema en el que, a pesar de las declaraciones más formales o institucionales, la Salud Mental, sigue siendo un área no prioritaria, un campo farragoso en el que todos estamos embarrados, y en el que muchos no se encuentran cómodos.

La OMS en 2005, define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Trasladado este concepto a la población pediátrica, se podría definir como el desarrollo de las capacidades sociales y emocionales del niño que le permiten experimentar, regular sus emociones, establecer relaciones próximas y seguras, y aprender.

La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico. En este proceso intervienen múltiples factores: genéticos, de desarrollo neurobiológico, el contexto familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales.



Los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia son el gran desafío del siglo XXI ya que suponen alrededor del 20% de las demandas de este grupo de edad.

Los Pediatras, sobre todo de atención primaria, tenéis un destacado papel en la prevención, promoción y detección de los problemas relacionados con la salud mental, ya que sois punto de referencia estable, accesible, y conocéis el desarrollo del niño y su contexto familiar y social.

Todos estaríamos de acuerdo en que la pediatría de AP tendría las siguientes tareas:

- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Enseñar a los padres habilidades para la educación y el cuidado de sus hijos (habilidades de parentalidad positiva): en alimentación, sueño, juego, adicciones; así como a establecer límites, resolver problemas, gestionar las emociones y prevenir el maltrato.
- Ya que es la familia, en la mayoría de los casos, la que solicita la ayuda (en muchos casos alentada por el colegio), es necesario evaluar por separado a los padres, al menor, y obtener información del contexto escolar.
- Descartar patología orgánica que pueda estar ocasionando síntomas emocionales
- Valorar el impacto emocional tanto en el menor como en la familia de otros problemas de salud agudos o crónicos.
- Seguimiento de la salud mental de los padres, ya que afecta al bienestar de los hijos.
- Detectar los problemas de salud mental de la población infantojuvenil.
- Diferenciar entre una situación leve y pasajera (etapas naturales de la evolución, como rabietas infantiles o situaciones familiares transitorias, como el nacimiento de un hermano, duelos por fallecimiento o separación en la familia, etc.), donde los problemas no requieren intervención y solo es preciso tranquilizar a los padres explicando la normalidad del proceso, de un problemas más grave e invalidante.
- Orientación y tratamiento de los casos detectados que no precisen intervención especializada
- Derivación a Salud Mental, en los casos en que sea necesario.
- Coordinación con otros profesionales y apoyo a las familias durante el tratamiento.

¿DEL PSICOLOGO “O” DEL PEDIATRA?

El título plantea una disyuntiva, por otro lado, tan habitual en el funcionamiento de la organización. “¿Esto es de primaria o de especializada?”.

La respuesta a esta pregunta tiene muchas veces que ver con la gravedad del proceso, con la necesidad de una tecnología determinada, con la necesidad de unos conocimientos más específicos, o incluso con la conveniencia de un ingreso hospitalario.

Centrándonos en los problemas infanto-juveniles relacionados con la Salud Mental, estos mismos criterios podrían ser válidos. Sin embargo, es necesario hacer algunas matizaciones:

- La tecnología usada en Salud Mental infanto-juvenil es mínima
- Afortunadamente la necesidad de ingresos hospitalarios también es poco frecuente



- A los criterios de gravedad y conocimientos específicos, se superpone la necesidad del material fundamental del trabajo en Salud Mental, que es EL TIEMPO.
- Y en muchos casos las presiones familiares y/o escolares

Ante esta disyuntiva que plantea el título, propongo sustituirla por la “Y” como conjunción copulativa o de unión.

La importancia del trabajo en equipo, la colaboración interdisciplinar entre profesionales y la continuidad de cuidados, son valores que la organización promueve y que, en la mayoría de los casos, los profesionales apoyan.

Si esta colaboración interdisciplinar y trabajo en equipo ya supone un reto dentro de los equipos de trabajo (EBAP, USMC...), entre niveles aumenta la complejidad.

Desde el año 2021, se viene desarrollando en nuestra comunidad autónoma el Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria. Este programa supone la incorporación de un profesional de la psicología clínica en cada Centro de Salud para apoyar y colaborar con los profesionales de AP en los problemas emocionales y de Salud Mental leves-moderados tanto en adultos como en población infanto-juvenil.

La clave fundamental de este programa, es que se basa en un sistema de colaboración, orientación y apoyo, no en un sistema de derivación de casos. En este sentido, el programa propone que la actividad asistencial de l@s psicólog@s clínic@s sólo debe ocupar (según el documento base redactado por el Programa de Salud Mental) el 50% del tiempo de estos profesionales. El otro 50% debe estar dedicado a actividades de prevención y promoción, a actividades de colaboración, apoyo y asesoramiento a los profesionales de AP, y a la coordinación entre AP y SM.

La necesidad de coordinación y colaboración entre AP y SM, tiene ya una larga historia y una gran variabilidad entre distintas zonas de la comunidad.

Me consta que hay lugares (distritos, ZBS..) en los que este trabajo conjunto es fluido, constante y con bastante arraigo. Hay, sin embargo, otras zonas donde esta relación es escasa, mínima e incluso inexistente (más allá de alguna reunión esporádica).

En este contexto tan dispar, aparece el Programa de PC en AP, que también se está desarrollando de manera diferente en cada zona. En algunos casos el PC en AP trabaja en un solo CS, pero en otros muchos casos el PC lleva 2, 3 o incluso 4 CS.

Tanto este factor como la dinámica previa de colaboración entre AP y SM influyen en el desarrollo del programa. Y, por supuesto, hay muchos CS donde no hay PC.

Dentro de toda esta variabilidad, y con todos estos factores, dar respuesta a la pregunta que hoy nos trae aquí, es casi imposible.

A pesar de ello, y para poder aportar algo al interrogante, voy a proponer algunos aspectos que me parecen interesantes para la reflexión de tod@s:

- Sólo dentro del sistema sanitario estamos diversas categorías profesionales que, potencialmente, podríamos trabajar por la prevención, promoción y tratamiento de la salud mental infanto-juvenil: enfermeras pediátricas, enfermeras referentes escolares, trabajadoras sociales, matronas, pediatras de AP, psicólog@s clínic@s en AP y/o en SM. Y además, otros profesionales en educación, servicios sociales, asociaciones....también intervienen en esta tarea.
- Podemos, sin embargo, tener la sensación en muchos casos de que estamos solos, que no sabemos como obtener información o como intervenir.
- Una coordinación estructurada, bien delimitada, continuada y fluida podría contribuir a una mejor asistencia tanto longitudinal como transversal en los problemas emocionales de l@s niñ@ y adolescentes, y de un apoyo muy importante para las familias.



- Esta coordinación y trabajo conjunto facilitarían, además, la formación continuada de todos los profesionales implicados, dotándonos de conocimientos, herramientas y estrategias nuevas y compartidas.

Un aspecto enriquecedor más, consecuencia de esta coordinación y trabajo multidisciplinar, sería la planificación consensuada de una intervención por pasos.

Siguiendo la metáfora del acantilado: “si tenemos un acantilado muy alto con un mirador con vistas maravillosas desde arriba, del que con frecuencia los visitantes se caen, tenemos dos opciones: poner un hospital con alta tecnología y muchísimos recursos de todo tipo para que las personas puedan ser atendidas cuando caigan y tengan las menos secuelas posibles, o, ponemos una barandilla para evitar las caídas.”

Cada uno de los profesionales anteriormente mencionados, tenemos un trabajo precioso relacionado con poner barandillas; trabajo de promoción de la salud, de prevención, de detección precoz...trabajo relacionado con el no intervencionismo, con la no psicologización o psiquiatrización de cualquier malestar, con dotar a las familias de la capacidad de sostener y gestionar los sufrimientos de sus miembros, con priorizar la puesta en marcha de los propios recursos comunitarios, familiares y personales, antes de intervenir de forma profesional; para no acabar creando en la población una dependencia del sistema basado en la falacia de que todo se puede consultar, resolver y que por lo tanto, cualquier sufrimiento se puede evitar y tratar; y acabando cualquier sufrimiento convirtiéndose en un problema de Salud Mental, desbordándonos a todos los lodos de aquellos barrotes que no se vieron.

Es claro y evidente que existen problemas relacionados con la Salud Mental que deben ser valorados y tratados por los especialistas. Todos tenemos claro los cuadros de ansiedad o de ánimo que interfieren o dificultan el desarrollo del menor y su vida de relaciones porque se mantienen con intensidad a lo largo del tiempo. Los problemas del neurodesarrollo, TEA, los cuadros relacionados con la psicosis, la ideación e intentos de suicidio, trastornos disociales graves, TDAH graves, TCA...

No quisiera acabar sin promover la autoconciencia sobre nuestros propios sentimientos hacia esta tarea de lidiar con lo emocional, con lo “mental”. Sentimientos relacionados con la inseguridad que nos crean este tipo de demandas, con la mayor o menor tolerancia de cada uno al sufrimiento de los demás, de nuestra capacidad para sostener ese sufrimiento sin ser intervencionista, nuestra propia impaciencia cuando muchas veces hay que esperar y ver, antes de hacer....

No creo haber dado muchas respuestas, pero espero haber generado muchas preguntas.



INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN ESPAÑA Y NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Fernández Hernández, Eugenio

Pediatra. Especialista en Endocrinología Infantil.

Coordinador Servicio de Urgencias pediátricas IHP. Hospital Vithas Sevilla.

La Atención Primaria de la salud en España, a pesar de todos sus problemas y carencias, es un modelo de éxito que es envidiado por muchos países de nuestro entorno.

Uno de los retos a los que se enfrenta es lograr que el cuidado de los pacientes siga un “continuum” entre el Centro de Salud y sus Hospitales de referencia, tanto de 2º como de 3er nivel.

El objetivo de este resumen es actualizar conocimientos e identificar áreas de mejora desde el punto de vista de la Pediatría de Atención Primaria sobre las siguientes patologías abordadas desde la endocrinología pediátrica y que muchas veces son detectadas, diagnosticadas y derivadas desde Pediatría de Atención Primaria:

1. Talla baja y su manejo repasando las indicaciones actuales del tratamiento con hormona de crecimiento (GH) en España, con especial énfasis en el déficit de hormona de crecimiento (DHC) y los niños pequeños para la edad gestacional (PEG), que son las más prevalentes. También se abordará el nuevo fármaco Somatrogón, una molécula de hormona de crecimiento de administración semanal, y su impacto en la adherencia y eficacia del tratamiento.
2. También se discutirá el uso de metformina en edad pediátrica, incluyendo sus indicaciones en resistencia a la insulina, síndrome de ovario poliquístico (SOP) y prediabetes.
3. Finalmente, se presentarán las novedades en el tratamiento de la obesidad juvenil, haciendo especial hincapié en el uso de análogos de GLP-1 (liraglutida, semaglutida y tirzepatida), que sin duda han supuesto un cambio de paradigma en el enfoque de esta patología.

1. Tratamiento con Hormona de Crecimiento en España

Indicaciones principales (febrero 2023):

Según los criterios del Comité Asesor de Hormona de Crecimiento del SN, las indicaciones aprobadas incluyen:

- Déficit de hormona de crecimiento (DHC)
- Síndrome de Turner
- Niños pequeños para la edad gestacional (PEG) que no recuperan crecimiento a los 4 años
- Insuficiencia renal crónica
- Deficiencia de crecimiento debida a alteración del gen SHOX
- Síndrome de Prader-Willi (con criterios específicos de seguridad)
- Síndrome de Noonan



La evaluación diagnóstica del DHC se basa principalmente en criterios auxológicos, bioquímicos y radiológicos:

- Talla inferior al P3 (-2 DS) para la edad y sexo.
- Velocidad de crecimiento enlentecida
- Niveles de IGF-1 bajos para edad y estadio puberal.
- Test de estimulación de GH con valores patológicos en al menos dos pruebas.
- Edad ósea retrasada.

En los niños PEG, el tratamiento con GH está indicado en aquellos que no logran recuperar una velocidad de crecimiento adecuada que permita un “catch up” adecuado a la edad de 4 años.

Actualmente existe en España una diferencia significativa entre los niños que nacen Pequeños para Edad Gestacional y que estadísticamente deberían ser tratados con hormona de crecimiento y los que efectivamente reciben el tratamiento según los registros. Esta circunstancia nos lleva a preguntarnos a los pediatras endocrinólogos ¿dónde están esos niños PEG?

En cualquiera de las diferentes indicaciones de tratamiento con Hormona de crecimiento hay una circunstancia que es especialmente importante tanto en las maternidades como en los Centros de Salud y que abordaremos para discutirla en la mesa redonda: ¿estamos midiendo a los niños PEG y a los de talla baja con la frecuencia y de la forma adecuada?

Nueva molécula de hormona de crecimiento: Somatrogón

- Somatrogón es una hormona de crecimiento de administración semanal, lo que mejora la adherencia y la calidad de vida de los pacientes pediátricos.
- Todavía existe una experiencia muy limitada en su uso.
- Los estudios han mostrado una eficacia comparable a la GH diaria, con buena seguridad y tolerancia.

2. Uso de Metformina en Pediatría

La metformina es una biguanida que inhibe la producción hepática de glucosa y aumenta la sensibilidad periférica a la insulina. En la población pediátrica, sus principales indicaciones incluyen:

1. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):
 - Es el tratamiento de primera línea junto con cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio).
 - Se usa en niños y adolescentes con diagnóstico confirmado de DM2 que no presentan cetoacidosis.
2. Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ):
 - Reduce la resistencia a la insulina, los niveles de insulina y andrógenos, mejora la ciclicidad menstrual y la ovulación.
 - Puede ser útil en niñas prepuberales con pubarquia prematura (PP), reduciendo el riesgo de desarrollar SOPQ en la adolescencia.
3. Obesidad y resistencia a la insulina:
 - Se ha usado en casos de obesidad con alteraciones metabólicas, pero su indicación fuera de la DM2 sigue siendo controvertido.





3. Nuevos tratamientos para la obesidad juvenil: Análogos de GLP-1

La obesidad en adolescentes afecta aproximadamente al 21% de la población juvenil y se asocia con múltiples comorbilidades como diabetes tipo 2, hipertensión, patología cardiovascular y dislipidemia.

Los nuevos tratamientos farmacológicos incluyen:

- Liraglutida (aprobada en adolescentes desde los 12 años).
- Semaglutida (aprobada en adolescentes desde los 12 años y eficaz en la reducción de peso en adolescentes con obesidad severa).
- Tirzepatida (nueva combinación de GLP-1 y GIP con mayor eficacia en reducción de peso).

Los estudios han mostrado que estos fármacos pueden reducir el IMC entre 5% y 17% en un año.

Conclusión

- La hormona de crecimiento sigue siendo el pilar en el tratamiento del DHC y los PEG con talla baja persistente, con somatrogón como una nueva opción prometedora.
- Es fundamental hacer un correcto seguimiento de los niños de talla baja y a los niños que nacen Pequeños para Edad gestacional midiéndolos con la cadencia y el material adecuados.
- La metformina es útil en resistencia a la insulina, SOP y prediabetes en pediatría.
- Los análogos de GLP-1 representan un cambio paradigmático en el manejo de la obesidad juvenil, con efectos clínicos significativos en la reducción de peso y la mejora metabólica.
- La educación nutricional y la promoción del ejercicio físico siguen siendo la base de la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil y juvenil a través de un abordaje familiar desde Atención Primaria que identifique de forma individualizada barreras y circunstancias que dificulten la adopción de hábitos saludables.



BIBLIOGRAFÍA

1. Criterios de uso de hormona de crecimiento en niños, Ministerio de Sanidad de España, 2023.
2. Guía endocrino pediátrica La Paz.
3. Obesity in Adolescents, JAMA 2024.
4. Standards of Care in Diabetes – 2025, American Diabetes Association.



PROBLEMAS GINECOLÓGICOS FRECUENTES EN EDAD PEDIÁTRICA

López Mármol, Rocío

FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

La **ginecología pediátrica** es una rama de la ginecología que se enfoca en el cuidado ginecológico de niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta la adolescencia. El ginecólogo pediátrico también juega un papel crucial en la educación sobre la salud sexual y reproductiva, ayudando a las adolescentes a comprender su cuerpo y los cambios que atraviesan durante la pubertad.

La exploración ginecológica en niñas y adolescentes debe realizarse con mucho cuidado y respeto, y se lleva a cabo cuando es necesario por razones médicas, como en casos de dolor abdominal, retraso en el desarrollo sexual, irregularidades menstruales o infecciones. En el contexto de una niña o adolescente, la presencia de la madre o un adulto responsable es muy importante para asegurar que la paciente se sienta cómoda, segura y comprendida durante el proceso. La presencia de la madre o un adulto responsable es crucial por varias razones:

- Apoyo emocional:

La niña o adolescente puede sentirse nerviosa o incómoda, por lo que la madre puede brindarle apoyo emocional y tranquilidad.

- Consentimiento informado:

En muchas jurisdicciones, los padres o tutores legales deben dar su consentimiento para que se realice una exploración ginecológica en menores de edad.

Es importante conocer las posibles variantes de la normalidad para diferenciar la patología frente a la anatomía normal.

1. Patología himeneal:

a. Himen imperforado:

Es una anomalía congénita donde el himen, que normalmente tiene una abertura para permitir la salida de la menstruación, está completamente cerrado. El tratamiento habitual es un procedimiento quirúrgico conocido como himeneotomía, en el que se crea una abertura en el himen para permitir la salida normal del flujo menstrual.

b. Desgarro himeneal:

Es importante diferenciar entre una alteración anatómica y un desgarro del himen ya que puede ayudar a la confirmación de abuso sexual infantil.

2. Patología vulvar:

a. Coalescencia de labios:

Es una patología frecuente en la población pediátrica. Las sinequias pueden ser causadas por varios factores, como niveles bajos de estrógenos (comunes en niñas antes de la pubertad), higiene inadecuada (uso exclusivo de toallitas húmedas) e irritación local (como dermatitis del pañal). Aunque muchas veces no producen síntomas, en casos más graves pueden causar molestias vaginales, flujo vaginal con maloliente o infecciones urinarias por imposibilidad de una correcta micción. El tratamiento puede variar según la gravedad y los síntomas. Algunas opciones incluyen cremas de estrógenos o corticoides y separación manual de los labios con anestesia tópica. En casos más severos, puede ser necesaria una intervención quirúrgica





b. Condilomatosis genital:

La condilomatosis genital, también conocida como verrugas genitales, es una infección de transmisión sexual causada por ciertas cepas del virus del papiloma humano (VPH). Se transmite principalmente a través del contacto sexual piel con piel. El tratamiento consiste en:

- La utilización de cremas tópicas citotóxicas o inmunomoduladoras (Imiquimod al 5% (tres veces por semana durante hasta 16 semanas), Imiquimod 3.75% se aplica una vez al día durante 8 semanas o solución de podofilotoxina al 0,5% (3 días por semana durante hasta 4 semanas).

- Tratamiento quirúrgico mediante crioterapia, láser o cirugía para eliminar las verrugas.

c. Molusco contagioso:

El molusco contagioso es una infección viral producida por un poxvirus el cual puede propagarse a través del contacto directo de piel a piel u objetos contaminados. Las pápulas en forma de cúpula con umbilicación central característica. La evidencia científica actual no favorece ningún tratamiento. La resolución natural del molusco contagioso sigue siendo un método sólido para tratar la enfermedad

d. Liquen escleroso juvenil

La causa exacta del liquen escleroso juvenil no se conoce, pero se cree que puede estar relacionada con factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

Los síntomas más comunes son las manchas blancas especialmente en la zona genital y anal, picazón y piel delgada y frágil la cual puede volverse fina y propensa a las lesiones. El diagnóstico en niños se realiza mediante inspección visual. No se requiere una biopsia (en contraste con la población adulta). El tratamiento consiste en aplicar clobetasol 0,05% de pomada diaria durante tres meses. La recaída es muy infrecuente tras finalizar tratamiento.

e. Enfermedades sistémicas con síntomas vulvares

La causa exacta no se conoce, pero se cree que puede estar relacionada con una infección viral reciente, como el Sarampión, la varicela, la escarlatina, VEB, CMV y la enfermedad de Kawasaki. El síntoma más característico es la presencia de úlceras dolorosas de aparición súbita, generalmente redondas u ovaladas con apariencia parcialmente simétrica ("patrón de besos") precedidas de síntomas parecidos a la gripe o mononucleosis.

El tratamiento consiste en corticoterapia oral: Prednisolona oral peso (kg)*0,15/24h o Deflazacort 1 gota por kg /24h

3. Vulvovaginitis

La vulvovaginitis en edad pediátrica es una patología muy frecuente por diversas causas:

- Bajo nivel de estrógenos: Las niñas prepuberales tienen niveles bajos de estrógenos, lo que hace que la mucosa vaginal sea más susceptible a la infección.
- Higiene inadecuada: La falta de higiene adecuada puede llevar a la contaminación con gérmenes.
- Irritación por productos: El uso de jabones perfumados, ropa sintética apretada o pañales durante mucho tiempo pueden causar irritación.
- Presencia de cuerpos extraños: una correcta exploración es necesaria ante un flujo maloliente.



Por estos motivos, el principal tratamiento son las medidas higiénicas. En aquellos casos resistentes o recidivantes se debe de solicitar un cultivo para evitar tratamientos innecesarios. El microorganismo más común es la candida albicans. Su presencia, sin toma de antibiótico previa, hace necesario descartar inmunodepresión o diabetes.

4. Alteración del ciclo menstrual:

Detectar y tratar las alteraciones del ciclo menstrual en niñas y adolescentes es crucial para asegurar su salud reproductiva. El diagnóstico diferencial puede incluir pruebas hormonales y estudios ginecológicos para identificar la causa subyacente y proporcionar el tratamiento adecuado.

a. Amenorrea

La amenorrea es la ausencia de menstruación en adolescentes que deberían presentar ciclos menstruales regulares. Debemos diferenciar entre:

o Amenorrea primaria: La menstruación no ha comenzado en una niña de 16 años o más que presenta un crecimiento y desarrollo normal, o a los 14 años con retraso del crecimiento o falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

o Amenorrea secundaria: La menstruación ha ocurrido anteriormente, pero ha cesado durante al menos tres ciclos o seis meses, teniendo en cuenta que el primer año tras la menarquia es normal presentar un ciclo menstrual irregular.

En ambos tipos hay que realizar un diagnóstico diferencial mediante estudio hormonal.

b. Dismenorrea.

Se refiere al dolor menstrual muy frecuente en la adolescencia que puede aparecer durante la menstruación. Se debe descartar otra posible causa de dolor antes de iniciar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o tratamiento hormonal.

c. Hipermenorrea o menorragia.

un sangrado menstrual excesivo o prolongado en adolescentes y preadolescentes. Aunque es menos común en niñas más jóvenes, puede ocurrir y es importante entender sus causas, síntomas y posibles tratamientos.

5. Anticoncepción hormonal

En la actualidad es importante informar a la población adolescente de la importancia del doble método para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. La educación sexual debe ir precedida al comienzo de las relaciones sexuales para que el adolescente esté informado de los posibles métodos anticonceptivos que puede utilizar y tener el conocimiento de cómo evitar las infecciones de transmisión sexual (en auge en nuestro medio).



EJERCICIOS ÚTILES PARA PROBLEMAS ORTOPÉDICOS FRECUENTES

Elena Muñoz de la Torre

Rehabilitadora. Hospital Costa del Sol. Málaga

Noelia Martínez Lázaro

Fisioterapeuta. Hospital Costa del Sol. Málaga

La patología ortopédica infantil es causa de múltiples consultas, siendo importante el conocimiento de cuáles deben ser vigiladas por un ortopedista o rehabilitador infantil y cuáles abordables, para su tratamiento o prevención desde AP con recomendaciones sencillas a las familias.

SÍNDROME NIÑO MOLDEADO

El síndrome del niño moldeado es una patología frecuente en la consulta de Rehabilitación. Este síndrome explica las relaciones entre los diferentes sistemas y elementos anatómicos, siendo ejemplo de cómo la afectación de una parte del cuerpo puede repercutir en otra zona mucho más alejada, llegando a producir compensaciones que afecten al desarrollo del niño. El recién nacido es un sistema plástico y responde rápidamente a los cambios posicionales y a sus movimientos, contribuyendo al moldeamiento de las articulaciones y a la conformación craneal y del raquis.

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1965 por Lloyd Roberts y Pilcher y engloba:

- Plagiocefalia
- Tortícolis
- Actitud escoliótica del lactante
- Oblicuidad pélvica
- Metatarso aducto o varo.

Siendo una patología postural y benigna, puede causar problemas ortopédicos en el futuro sino se maneja adecuadamente.

Su evaluación, inicialmente, requiere de una observación completa del lactante: la actitud y los movimientos espontáneos del niño tanto en supino como en prono, proporcionan información clave antes de valorar individualmente cada área.

PLAGIOCEFALIA

La plagiocefalia es una deformidad del cráneo caracterizada por el aplanamiento de la cabeza, existiendo dos tipos: la *plagiocefalia postural (PP)* y la secundaria a craneosinostosis.

Se describe una incidencia variable, llegando incluso, algunos autores a hablar de hasta en 48% de niños menores de un año, considerando los casos leves.

La PP ocurre por la a presión continua en una zona del cráneo, en lactantes mayores de 6 semanas, con todas las suturas craneales abiertas. Su prevalencia es más alta entre los 3 y 4 meses.

Existen otras deformidades craneales por causa mecánica, que algunos autores las incluyen en el grupo de plagiocefalia postural, como son la *escafocefalia/dolicocefalia* (aumento del diámetro anteroposterior: cabeza estrecha y alargada) y la *braquiocefalia/braquicefalia* (aumento del diámetro mediolateral: cabeza ancha). Estas también pueden deberse a una craneosinostosis. En este caso no se palparán los rebordes de la sutura sagital o coronal respectivamente, pudiéndose confirmar la fusión de la sutura con una Rx de cráneo.



Aunque raras, también existen plagiocefalias (cabeza oblicua) por craneosinostosis debido al cierre unilateral de las suturas lambdoidea o coronal, siendo asimétricas en este caso.

Clínicamente la PP tiene forma de paralelogramo, es decir simétrica con aplanamiento parietooccipital unilateral y abombamiento compensatorio de la región frontal del mismo lado y asimetría facial.

Los factores predisponentes incluyen condiciones prenatales (por compresión intrauterina: partos, múltiples, nalgas-transverso o por compresión extrauterina: parto prolongado, fórceps o vacío), y posnatales (pretérmino, bajo peso, torticolis congénita, anomalías cervicales, retraso neurológico, sexo masculino, escasa actividad). El factor más frecuente es el dormir en posición supina sin variar la posición de la cabeza sobre todo en neonatos pretérmino e hipotónicos.

La recomendación de la Academia Americana de Pediatría en 1992 de colocar a los bebés en decúbito supino para dormir, ha contribuido a disminuir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), pero desde entonces, las deformidades craneales han ido en aumento.

El diagnóstico se realiza con la historia clínica y la exploración física. La gravedad se cuantifica con las medidas antropométricas y escalas como la de Argenta.

La PP se considera una condición estética que se suele resolver sin secuelas a los 2 años, aunque podemos encontrar algunos trabajos que hablan del posible riesgo en el desarrollo cognitivo y del lenguaje en algunos de estos niños tras seguimiento de tres años. Por ello es importante la prevención, una correcta exploración y valorar la derivación en casos severos.

Aunque son múltiples los estudios que confirman los beneficios de la terapia manual, la mayor evidencia está en la prevención. El período clave se encuentra en los cuatro primeros meses, de ahí la importancia del seguimiento de neonatos con factores de riesgo y de su detección precoz en los primeros exámenes de salud en Atención Primaria.

Se ha demostrado que en familias con intervención educacional precoz se reduce la prevalencia y la gravedad de la plagiocefalia no sinostósica a los 3 meses de edad. Sería de gran ayuda incluir estas recomendaciones en las clases de educación prenatal en los centros de AP.

Consejos generales para los padres

- Realizar cuidados posturales alternando la posición del bebé en la cuna y cambiador, utilizando el estímulo en el lado no preferencial.
- Estimular ambos lados del bebé a través de la mímica y la comunicación mediante la simetría del juego.
- Poner los juguetes en el lado no preferente, en supino y prono. Si se usan móviles colgantes no poner en línea media hasta los 5 o 6 m por el estrés visual en convergencia y porque no estimula los lados.
- Uso del porteo ergonómico, que además de aliviar los apoyos, estimula las posiciones verticales, las reacciones de enderezamiento cervical y el sistema vestibular.
- El tiempo boca abajo mientras están despiertos y supervisados es un buen momento para el juego ya que estimula el desarrollo general del bebé.
- Evitar el uso excesivo de hamacas, sillitas de coche y carritos, o envolver al niño con mantas o sábanas, ya que dificultan el desarrollo de la simetría de movimiento y favorecen los aplanamientos.
- Alternar la posición para dar el biberón, lo ideal utilizar el método Kassing, ya que reproduce la lactancia natural, consiguiendo que el bebé se esfuerce y no se realiza presión en la zona posterior.
- Realizar estímulos con juguetes sonoros o con tarjetas de estimulación visual de alto contraste.



Cuando derivar a rehabilitación

Plagiocefalia moderada/severa

Importante ansiedad familiar o familias poco colaboradoras.

Las sospechas de craneosinostosis serán derivadas a neurocirugía.

Ortesis craneal. Su evidencia es limitada. Existen multitud de trabajos al respecto, aunque la mayoría no son estudios casos-control o no son grupos homogéneos, no están estandarizadas las medidas y clasificaciones de gravedad, la edad de inicio, el tiempo de uso en casa...

En todo caso hay que valorar su uso en casos de deformidad de moderada a grave (12mm 15mm), cuando no se observa mejoría con el tratamiento postural y de fisioterapia tras unas 6-8 semanas de intervención. No antes de los 5 o 6 meses, ni después de los 18 meses. El coste es elevado y no está financiado (depende de la CA).

Cojines posturales. Son otro tema de controversia. No existe consenso. Aunque está aceptado que pueden tener utilidad al repartir la presión en los puntos de apoyo, no se deben de usar después de los 5 meses de edad ni durante el sueño.

Porteo. Cada vez aparecen más artículos que hablan de sus múltiples beneficios, tanto para el bebé, como para los padres. Dentro de los beneficios que nos interesan a los profesionales podemos encontrar:

- Mejora el desarrollo de la columna.
- Influye en el desarrollo de cadera.
- Regula el tono muscular.
- Favorece el desarrollo del sistema vestibular.
- Evita la presión posterior en el cráneo.
- Mejora desarrollo psicomotor.

Características que debe reunir el dispositivo de porteo:

- Deben permitir y no forzar la curvatura natural de la columna del bebé en forma de "C"
- El bebe ha de ser capaz de mantener flexión de caderas y rodillas, y abducción y rotación externa de caderas.
- Que ofrezca un soporte adecuado para la cabeza del bebé y gran capacidad de regulación.
- Disponer de un panel flexible y adaptable completamente al cuerpo del bebé.
- Permitir la posición del bebé en vertical y girado hacia su porteador. Nunca en la posición "mirando al mundo".

TORTÍCOLIS

El tortícolis es una asimetría en la infancia que se manifiesta con una postura preferencial de la cabeza y movimientos cervicales asimétricos. Puede estar presente al nacer o desarrollarse en los primeros meses de vida debido a un desequilibrio en la función muscular en la región cervical, y se asocia con anomalías secundarias en el cráneo y los músculos cervicales.

Existen dos tipos principales de tortícolis:





- **Tortícolis Posicional (TP).** Se desarrolla por una preferencia persistente de la posición de la cabeza, sin cambios morfológicos en el músculo esternocleidomastoideo (ECM). Puede ser inducida por plagiocefalia postural al nacer o por mantener una posición unilateral en los primeros 1 a 5 meses de vida.
- **Tortícolis Muscular Congénita (TMC).** Se caracteriza por una contractura unilateral del ECM, a menudo asociada con la palpación de un pseudotumor.

Ambas condiciones requieren atención para evitar problemas ortopédicos futuros.

El hallazgo clínico del tortícolis se caracteriza por un cuello "torcido", donde la cabeza se inclina hacia un lado y el mentón se rota hacia el otro. Esto se asocia con asimetría en la postura y los movimientos, así como con anomalías primarias o secundarias en el cráneo y los músculos cervicales. Se puede asociar con displasia de cadera.

	Tortícolis Postural/Posicional (TP) (adquirida)	Tortícolis Muscular Congénita (TMC)
Razón	Preferencia persistente de la posición de la cabeza	Contractura unilateral del ECM
Asociación con	Síndrome Niño Moldeado	DDC, Pie equinovaro, Metatarso aducto
Pseudotumor	NO	SI
Limitación movilidad PASIVA (Rango articular pasivo)	NO	SI
Limitación movilidad ACTIVA (Rango articular activo)	Si, leve/moderado. O posición preferencial	SI
Momento	Tras primer mes	Primeros días de vida

Exploración:

1. Evaluación de la postura y actitud espontánea.
2. Recorrido articular (RA) mostrando limitación en la rotación del lado afectado y en la inclinación del lado contralateral.
3. Evaluación pasiva en posición supina.
4. Evaluación activa a través de reflejos primitivos (como el de búsqueda y los cuatro puntos cardinales) y reacciones posturales.
5. Evaluación de los pares craneales IV y VI.
6. Análisis del neurodesarrollo.
7. Influencia del reflejo tónico asimétrico en niños menores de 3 meses.
8. Evaluación de la fuerza de los flexores cervicales.

La evidencia es muy fuerte respecto a los resultados de una intervención temprana, ya que cuanto antes se aborde esa patología, mejor pronóstico tendrá. El posicionamiento y la estimulación son la clave para una correcta evolución.

Existen grupos de riesgo, en los que estará contraindicada la aplicación de movilizaciones pasivas para ganar rango de movimiento pasivo cervical. Entre ellos destacan:

- Hiperlaxitud ligamentosa
- Malformaciones congénitas cervical



- Síndromes genéticos que pueden llevar asociados alteraciones morfológicas de la columna cervical
- Traumatismos cervicales sin diagnóstico previo o prueba de imagen
- Tope duro al evaluar la movilidad pasiva o segmentaria

Las movilizaciones pasivas, activas, el masaje y los estiramientos han mostrado mejoras, pero no hay consenso en cuanto al tipo de técnicas, repeticiones o tiempo de duración de los estiramientos. El tortícolis en los primeros meses de vida debe derivarse a rehabilitación.

OBLICUIDAD PÉLVICA

Descrita por Weissman en 1954, es una patología poco conocida pero más común que la displasia del desarrollo de la cadera (DDC), con una incidencia del 1% al 7,3%. Entre el 10% y el 22,5% de ellas presentan inestabilidad en la cadera aducta (contralateral), lo que puede llevar a luxaciones o displasias. Weissman fue el primero en describir la asociación entre la oblicuidad pélvica y displasia de la cadera contralateral.

Palmen, en 1984, observó que los lactantes que dormían en posición supina tenían una mayor incidencia de contractura en abducción en comparación con aquellos en decúbito prono. Seringe distingue dos tipos: la forma simple, que tiende a curarse espontáneamente, y la forma asociada a displasia, subluxación o luxación, que requiere tratamiento ortopédico.

Es un síndrome postural benigno que se desarrolla tras una mala posición del feto durante la gestación.

Mecanismo.

Se debe a una contractura unilateral de los músculos abductores de la cadera (glúteos, sobretudo el medio, y tensor de la fascia lata), lo que obliga a la cadera contralateral a permanecer habitualmente en una posición de adducción forzada. Si no se trata, puede provocar la aparición de DDC tardías (a partir de los 6 meses de edad), ya que esta postura viciada “empuja” a esa cadera hacia la luxación, por ello hay que mantener la vigilancia durante el primer año de vida.

Presentación clínica. Al nacimiento no se aprecia la abducción por la postura fisiológica de los miembros en flexión, y las maniobras de Ortolani y Barlow son negativas.

Cuando, más adelante, el lactante extiende las piernas, se descubre la posición espontánea en abducción de un miembro por contractura de su musculatura abductora. Cuando al explorarle en decúbito prono y pretendemos rectificar la postura, llevando el muslo al centro, aparece un disbalance de pelvis que condiciona el aparente acortamiento del miembro contralateral y la asimetría de pliegues.

Se trataría de un lactante con exploración normal al nacer que posteriormente muestra asimetría de pliegues, posición espontánea en abducción de un miembro (el patológico contraído) y acortamiento (aparente) del miembro contralateral (con la pelvis ascendida).

Test de Ober: Se puede realizar de varias maneras. La más sencilla es con el niño boca abajo: con una mano se estabiliza la pelvis, con la otra se mantiene la rodilla en flexión y se intenta aproximar la rodilla a la otra sin que bascule la pelvis. Además de demostrarse la contractura, la maniobra es doblemente útil, ya que representa los ejercicios pasivos que los padres deben realizar al niño para el tratamiento.

La asimetría de los pliegues glúteos y la disimetría de las extremidades inferiores son signos de alerta.

Diagnóstico. Es principalmente clínico, aunque las ecografías y radiografías pueden ser de ayuda.



El pronóstico de la oblicuidad pélvica aislada o asociada al Síndrome del Niño Moldeado es favorable siendo más graves los casos vinculados a DDC.

Tratamiento. De las formas simples, sin inestabilidad o anomalías clínicas / radiológicas en la cadera contralateral:

- Vigilancia activa.
- Realización de ejercicios de estiramiento pasivo en la extremidad afectada (abductora) y, si es necesario, en la extremidad contralateral si presenta contractura en aducción.

El objetivo principal es favorecer la corrección espontánea. La mayoría de las contracturas desaparecen entre los 12 y 18 meses.

ACTITUD ESCOLIÓTICA EN EL LACTANTE

Los lactantes afectos de síndrome del niño moldeado pueden presentar una desviación lateral de la columna vertebral solo en el plano frontal sin rotación, por lo que no es una verdadera deformidad sino una alteración postural.

Tras valorar la actitud espontánea estática y dinámica del niño, se debe realizar una valoración de la columna:

- En supino valorando la existencia de la desviación lateral.
- En prono valorando la desviación y la ausencia de giba.
- En sedestación tanto estática como dinámicamente (realizando flexión de la columna) comprobando la ausencia de desviación y de gibas.

La presencia de gibas indicaría una escoliosis estructural (por malformaciones como hemivétebras) y sería motivo para una derivación a especializada.

No existe un tratamiento estipulado para la actitud escoliástica en bebés, ya que sólo precisa de seguimiento. Pero, se pueden dar una serie de consejos a los padres, para prevenir esa desviación y evitar que cause problemas en la edad adulta. Entre ellos podemos destacar:

- No sentar hasta que el bebé esté listo. Este hito se consigue alrededor de los 6 meses, habrá niños que lo consigan antes y otros después, pero lo importante es no forzar.
- No realizar el cambio del capazo a la silla de paseo antes de tiempo, esperar que la columna del niño esté madura, para no forzar posiciones.
- No colocar en el porteo al niño torcido o mirando hacia adelante ni usar dispositivos no ergonómicos.
- No abusar de la hamaca, ni de las sillas de coche grupo 0.
- No usar tacatá ni dispositivos colgantes o saltarines.
- No poner al bebé de pie antes de tiempo.
- Buscar y jugar siempre con simetría, boca arriba y boca abajo.

La evidencia en este campo es muy reducida por lo que no se puede generalizar, pero todo movimiento libera al cuerpo de estrés, tensión emocional y física y por lo tanto a reducir el dolor. También puede producir bienestar y aportar un momento lúdico.

METATARSO ADUCTO O VARO

Es la deformidad congénita del pie más frecuente. Más adelante, forma parte de las alteraciones en la marcha en “endogirismo” (anteversión femoral y torsión tibial interna). Esta deformidad es causada por la posición del feto en el útero y suele resolverse de manera espontánea en la mayoría de los casos.

Exploración de la deformidad del pie:





- Alteración principal: Eje antepié - eje de retropié.
- Posición del antepié:
 - Aducción y supinación. El grado de supinación influye en el tratamiento y resultados.
 - En formas moderadas, tiene un aspecto "arriñonado".
- Mediopié: Normal.
- Bordes del pie:
 - Borde lateral: Convexo, con prominencia lateral y dorsal en la base del quinto metatarsiano y del hueso cuboides.
 - Borde interno: Cóncavo.
- Primer metatarsiano: Separado de los demás.

Determinación del nivel de deformidad del pie. Clasificación de Bleck.

Se basa en trazar una línea a nivel del calcáneo que debe cruzar entre el segundo y tercer dedo.

- Normal: La bisectriz del talón queda entre el 2º y 3º dedo.
- Leve: Cruzando el 3º dedo.
- Moderado: Entre el 3º y 4º dedo.
- Severo: Entre el 4º y 5º dedo.

Test de reductibilidad de Lichtblau:

- Flexible: Si se puede ir más allá de la posición de rectitud.
- Semiflexible: Si se alcanza la posición neutra.
- Rígido: Si no se puede corregir la posición del antepié.

Tratamiento.

El pronóstico depende, tanto de la deformidad, como de la precocidad del tratamiento.

El tratamiento es conservador que incluye las manipulaciones, el calzado adecuado y yesos en algunos casos, siendo las indicaciones quirúrgicas excepcionales.

1. **Casos leves.** Cuando la deformidad se corrige con mínimo esfuerzo. La estimulación de los músculos peroneos corrige la deformidad. No se precisa tratamiento. El manejo es con estimulación y manipulación, resolviéndose espontáneamente.
2. **Casos moderados:** cuando la abducción pasiva lleva el antepié a la posición neutra. En estos casos se recomienda el tratamiento fisioterápico y la reevaluación periódica por el ortopeda para valorar ortesis.
3. **Casos graves:** cuando con la presión lateral el antepié no alcanza la línea media. En estos casos los niños se benefician de un tratamiento ortésico precoz, bien con yesos o con botas articuladas.

Recomendaciones a los padres:

- Tummy time (tiempo boca abajo) con pies mirando hacia afuera
- No forzar la bipedestación y marcha del niño, ya que una vez que ha comenzado hace más difícil la corrección
- Porteo ergonómico
- Limitar el uso de pijamas y pantalones con los pies cubiertos, durante el día elegir los que mantengan los pies descubiertos

DOLOR DE ESPALDA

Se estima que entre el 10-30% de los niños experimentan dolor de espalda. En estudios europeos, se reporta un 16-22% en niños de 8 a 13 años, con valores similares a los adultos (40-85%) hacia los 18 años.





La localización del dolor puede variar según la edad. En niños pequeños la zona dorsal es la más frecuente. En adolescentes, la localización se distribuye equitativamente entre la zona dorsal (50%) y lumbar (50%). En los últimos años ha habido un aumento del dolor cervical, principalmente relacionado con malas posturas y hábitos tecnológicos.

ANAMNESIS

Antes de considerar que se trata de un dolor de causa ortopédica o postural es importante una anamnesis detallada con el fin de no pasar por alto patologías importantes.

Antecedentes y factores familiares y del entorno:

- Síntomas similares en familiares. (no olvidemos las espondiliartropatías)
- Factores psicocociales, estrés ... (un dolor “que no cuadra”)
- Antecedentes personales:
 - Enfermedades previas.
 - Infecciones recientes.
 - Problemas ginecológicos en adolescentes.
 - Traumatismos y caídas.
 - Viajes al extranjero
 - Nivel de actividad previo, aficiones, deportes de alta intensidad.
 - Forma de llevar la mochila. Las mochilas no causan escoliosis, pero si dolor de espalda.
- Edad:
 - En menores de 10 años es poco frecuente, debiéndose descartar patología de base (infecciones o tumores sobre todo hematopoyéticos).
 - En mayores de 10 años suele estar relacionado con actividad deportiva (contracturas, sobreuso), malas posturas, traumas, y condiciones como la enfermedad de Scheuermann. *La escoliosis idiopática en el adolescente suele cursar sin dolor.*
- Temporalidad:
 - Insidioso pensar en problema orgánico.
 - Dolor brusco tras traumatismos (buscar hematomas y dolor en apófisis espinosas).
 - Dolor y rigidez matutino y después de periodos de actividad (espondiloartropatías).
 - Relacionado con el deporte. Si actividad física intensa puede ser un sobreuso o contracturas musculares. Si deporte de alto nivel, debemos tener presente las fracturas por estrés y las espondilolisis.
- Características del dolor:
 - Intensidad.
 - Impacto en la vida diaria.
 - Afectación del sueño. Un dolor nocturno debe de alertarnos a una enfermedad inflamatoria, infecciosa o incluso oncológica.
 - Dolor mecánico. Puede ser una espondilolisis, hipercifosis de Scheuermann o el dolor de origen muscular.
- Localización: dolor localizado, generalizado, irradiado o referido (pielonefritis, apendicitis, patologías ginecológicas).
- Síntomas acompañantes. La fiebre, la cojera y el rechazo a la sedestación nos debe de sugerir una espondilodiscitis.

Se puede evaluar la repercusión del dolor en la vida diaria del niño, y nos podemos ayudar de la Escala de Hannover (Hannover Low Back Pain Disability Questionnaire).

Hay que estar atentos a los signos de alarma o RED FLAGS: inicio insidioso, predominio nocturno, dolor que limita actividades diarias, mala respuesta a analgésicos o el asociado a fiebre, pérdida de peso o síntomas neurológicos.



EXPLORACIÓN FÍSICA. Ha de ser completa y sistematizada:

1. Actitud espontánea y dinámica

- Evaluar la estática (antepulsión de cabeza y hombros, aumento de cifosis o lordosis).
- Movimiento del niño desde que entra en la consulta.
- Observar la marcha y cómo se desviste, la postura al sentarse y cómo sube/baja de la camilla, notar cualquier limitación al quitarse la ropa.
- Pedir que corra, camine en talones y puntillas, salte a la pata coja o con las piernas juntas, que se mantenga con una pierna.

2. Inspección: lesiones cutáneas (manchas vellosas, manchas café con leche) y otras lesiones.

3. Movilidad Vertebral Global y Segmentaria.

- Cervical: Flexión y Extensión (distancia mentón-esternón), rotaciones y lateralizaciones (mentón-acromion y lóbulo de la oreja-acromion).
- Dorsal: Flexión (Schöber dorsal), lateralizaciones (distancia dedo-suelo), índice de expansión torácica.
- Lumbar: Flexión (test de Schöber modificado, ritmo lumbo-pélvico, distancia dedo-suelo), rotaciones y lateralizaciones.

4. Exploración de los 3 planos. Es una patología tridimensional:

- *Plano Sagital*:
 - Medidas de las flechas cervical, torácica, lumbar y sacra, con la plomada.
 - Cálculo del índice cifótico y lordótico
 - *Plano Frontal*:
 - Evaluar asimetrías
 - Eje occípito-interglúteo. En bipedestación, se coloca la plomada desde occipucio o apófisis C7 cayendo hacia pliegue interglúteo. Se valora si el eje está centrado o desviado y se mide distancia en centímetros. Se valora la flexibilidad de las curvas con maniobras de hiperextensión.
 - *Plano Transversal*:
 - Test de Adams en bipedestación, sedestación y prono: En niños >5 años o colaboradores. Pies paralelos y separados 10-15 cm y el médico debe colocarse detrás y ordenar al niño que vaya agachándose despacio. Valorar gibas >1-2º de manera visual y con escoliómetro.
- ➔ Realización de una telerradiografía pósterio-anterior y lateral de la columna vertebral en bipedestación, si se superan los 5º.

5. Dolor y Localización

Identificar si el dolor aparece con flexión o extensión, lo que puede indicar problemas específicos en la columna.

- Si dolor aparece con flexión de tronco se debe pensar en problemas de columna anterior (cuerpo vertebral, disco).
- Si aparece en la extensión se encontrará en los elementos posteriores (facetis, pars interarticularis, pedículos). Por ejemplo, un dolor que mejora con la flexión y empeora con la hiperextensión suele estar relacionado con espondilolisis.

6. Alineación y Flexibilidad

- Evaluar alteraciones de alineación (actitud escoliótica, aumento de cifosis o lordosis).
- Valorar la flexibilidad (si se agacha, toca la punta de los pies).

6. Palpación





- Palpación segmentaria, palpando los puntos dolorosos: apófisis espinosas, musculatura paravertebral, sacroilíacas, etc

7. MMII:

- Maniobras sacroilíacas
- Exploración caderas
- Evaluar disimetría
- Valorar contractura/acortamiento isquiotibiales.

9. Exploración Neurológica

- Evaluar marcha, fuerza, sensibilidad y reflejos (osteotensinosos, Babinski).
- Valorar radiculopatías (Lasegue, Bragard).
- Evaluar signos de afectación medular/radicular.

11. Estadios de Maduración Sexual (Tanner)

- Considerar el estadio de maduración sexual del paciente.

	ESCOLIOSIS	ACTITUD ESCOLIÓTICA
Desviación LATERAL	>10°	0-10°
ROTACIÓN vertebral	SI	NO
Etiología	Idiopática 80%, Secundarias 20%	Dismetría, contracturas
Dolor	SI. Edad adulta NO. Edad de crecimiento	SI, puede

Cuándo solicitar Rx:

Niños de 4 años o menos, dolor más de 4 semanas, dolor nocturno, que limita actividades, dolor asociado a rigidez, rechazo de deambulación, síntomas sistémicos (fiebre, MEG), síndrome constitucional y/o síntomas neurológicos, sospecha de lesión óseas (espondilolisis o fractura vertebral).

Teleradiografía de columna. Es una técnica que emite mucha radiación, para su interpretación correcta se precisa realizar mediciones específicas y valorar factores asociados (maduración ósea...) que llevarán a la decisión terapéutica. Suele solicitarla el rehabilitador o traumatólogo. En general se solicita cuando existe una giba de más de 5°.

Nos vamos a detener en 3 cuadros de más interés en rehabilitación:

ESPONDILOLISIS y ESPONDILOLISTESIS

La espondilolisis se trata del defecto uni o bilateral de la *pars interarticularis* (istmo del arco posterior del cuerpo vertebral), y la Espondilolistesis se refiere a la migración ventral de un segmento vertebral sobre otro, normalmente precedido de espondilolisis.

Se debe a la sobrecarga continuada de la columna en hipertensión (deportes de impacto como equitación, gimnasia rítmica...). Aparece de manera insidiosa, no brusca como ocurre en las fracturas.



Se manifiesta por dolor lumbar que empeora con la hiperextensión y mejora con la flexión, aunque la mayoría son asintomáticos.

Se derivará si no mejora en 3 meses, tras modificar la actividad deportiva.

ACTITUD ESCOLIÓTICA EN EL NIÑO MAYOR

Es una desviación lateral de la columna vertebral en el plano frontal, sin rotación, y se considera más una alteración postural que una deformidad verdadera. Generalmente, es secundaria a disimetría de miembros inferiores, aunque puede deberse a causas menos comunes como infecciones, tumores, problemas mecánicos o condiciones neurológicas iniciales. Siempre es un diagnóstico de exclusión tras descartar estas posibles causas.

Exploración física. Se aprecia una desviación de amplio radio que involucra múltiples vértebras.

- Importante: *La gibosidad desaparece en decúbito prono.*

Cuándo derivar

Adams +. Presencia de gibosidad.

Dismetrías

DOLOR DE ESPALDA INESPECÍFICO, POSTURAL O POR SOBREUSO

Una vez descartadas alteraciones físicas y causas específicas que justifiquen el dolor llegaremos al dolor de espalda más frecuente en el niño mayor de 10 años. Es un diagnóstico de exclusión.

Factores contribuyentes: Sedentarismo, régimen incorrecto de entrenamiento, obesidad, hábitos posturales (mala posición al dormir, sobrecarga de mochilas), factores psicológicos.

El dolor puede ser difuso o localizado en cualquier zona de la espalda, no irradiado. Varía con la actividad física, suele ser un dolor mecánico y puede haber limitación en la movilidad.

No se requieren radiografías.

Entre el 80-90% de los casos se resuelven espontáneamente.

Tratamiento. Un enfoque conservador:

- Fomentar la actividad física.
- Evitar el reposo en cama, promover un estilo de vida saludable, mantener una correcta higiene postural, controlar el peso y tranquilizar tanto a los padres como al niño.

La mejor manera de prevenir o mejorar esta patología es con una correcta ergonomía y una dosis adecuada de movimiento, es decir una adecuada actividad física para prevenir el dolor. Durante los últimos años se están publicando muchos artículos que nos hablan de otro pilar muy importante en la regulación del dolor y la inflamación, este pilar es la alimentación.

Se deben dar a los padres recomendaciones en relación a:

- Uso de dispositivos electrónicos de mano:
- Mantener el dispositivo cerca de la altura de los ojos



- Mantener el dispositivo con una dirección de la mirada perpendicular a la superficie de la pantalla
- Usar una pantalla más grande
- Escribir texto con ambas manos
- Limitar el tiempo de uso
- Adaptación del entorno:
- Intentar cuidar las posturas durante el estudio o el tiempo libre
- Utilizar atril en tareas escolares
- Tiempo de descanso
- Calidad de la luz
- Elección correcta del mobiliario tanto en el cole como en casa
- Peso de la mochila no se debería cargar más del 10% de su peso corporal y realizar una correcta colocación.

En cuando a la prescripción de un deporte específico, la mayoría de los autores describen, en general, los beneficios del pilates, yoga o natación. Pero estudios más recientes, dan más importancia a que la elección de la actividad que produzca bienestar al niño, pudiendo practicar cualquier tipo de actividad, dando prioridad a aquellos deportes que sean más de tipo simétrico.

Mochilas. Se ha demostrado que un peso excesivo (10-15% del peso corporal) y reparto asimétrico de cargas (uso de un tirante o ambos mal posicionados) está relacionado con la fatiga, pérdida de confort y aparición de dolor de espalda en el niño. No se ha relacionado con la escoliosis o empeoramiento de la curva.

ESGUINCE DE TOBILLO

El esguince de tobillo es una de las lesiones más comunes del aparato locomotor, representando entre el 10 y el 30% de todas las lesiones en este sistema. Es la principal causa de consulta en urgencias traumatológicas pediátricas. Aunque es la lesión dolorosa más frecuente del tobillo en la población general, en niños es menos común debido a la laxitud ligamentosa y la flexibilidad del cartílago, siendo más frecuente en niños mayores de 10 años. En menores, son más comunes las epifisiolisis.

En algunos niños, los esguinces pueden repetirse, lo que puede indicar la necesidad de descartar alteraciones neurológicas (neuropatías), musculares (distrofias) o del tejido conectivo (hiperlaxitud, S. Marfan). La falta de rehabilitación propioceptiva adecuada tras un primer esguince puede debilitar el tobillo y aumentar el riesgo de nuevas lesiones, lo que puede llevar a una inestabilidad crónica.

Los síntomas incluyen dolor e inflamación, especialmente en el lado externo del tobillo, y pueden presentarse disfunciones en las articulaciones cercanas. Además, el tobillo en los niños es una zona de crecimiento activa, con cartílagos de crecimiento que representan una parte significativa del crecimiento esquelético de la pierna.

La inversión del pie, es el movimiento típico de torcedura de tobillo (hacia dentro y hacia abajo), provocando la tensión del ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA), que es el más débil. En otros movimientos menos frecuentes, como el varo del retropié o la continuación de la inversión, se tensa el ligamento peroneo- calcáneo.

Normalmente el niño explica una torcedura al "pisar mal", lesionando más frecuentemente el ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA). En lesiones más severas, también pueden verse afectados el ligamento peroneo-calcáneo y la sindesmosis anterior.

CLASIFICACIÓN. Los esguinces de tobillo se clasifican en tres grados:

- **Grado I (leve):** Distensión de los ligamentos sin rotura ni inestabilidad, con leve inflamación y sensibilidad dolorosa, sin pérdida significativa de funcionalidad. Es una lesión microscópica sin inestabilidad mecánica.
- **Grado II (moderado):** Rotura parcial con discreta inestabilidad. Presenta una rotura ligamentosa parcial, con inestabilidad leve a moderada, equimosis y edema moderado, y limitación parcial de la función y el movimiento.
- **Grado III (severo):** Rotura completa con inestabilidad franca. Se caracteriza por la pérdida de la integridad ligamentosa, importante edema y equimosis, inestabilidad mecánica moderada a severa, y pérdida significativa de funcionalidad y movilidad articular.

La inflamación también es un indicador de la gravedad de la lesión por lo que hay que valorarla. Diferenciaríamos en inflamación leve, moderada, grave.

CUANDO SOLICITAR RADIOGRAFÍAS

Debemos diferenciar entre epifisiolisis y lesión ligamentosa, para lo que es fundamental la palpación cuidadosa de los puntos dolorosos. Si hay dolor selectivo en la zona de las fisis (cartílagos de crecimiento), esto puede indicar una epifisiolisis, especialmente en niños pequeños. Estaría indicado solicitar una Rx.

Criterios de Otawa. Una exploración clínica adecuada puede hacer innecesarias las radiografías. Se deben solicitarán Rx ante la sospecha de fractura o epifisiolisis.

Cara lateral
Borde posterior o punta del maléolo lateral
6 cm
Base 5.º metatarsiano

Zona maleolar
Zona del medio pie

Cara medial
Borde posterior o punta del maléolo medial
6 cm
Hueso navicular o escafoideas

A) Radiografía de tobillo si existe dolor en zona maleolar y alguna de las condiciones siguiente:

1. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo lateral.
2. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo medial.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

B) Radiografía de pie si existe dolor en medio pie y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de base del 5.º metatarsiano.
2. Dolor a la palpación del hueso navicular.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

Hay que realizar el diagnóstico diferencial con las epifisiolisis, lesiones osteocondrales de astrágalo, o la avulsión/fractura por arrancamiento del 5º metatarsiano.



TRATAMIENTO

La fase aguda es la más importante, con el objetivo de reducir el edema, normalizar el patrón de marcha y mantener una alineación óptima de las articulaciones para prevenir problemas crónicos, como la inestabilidad del tobillo y la reaparición de esguinces.

La rehabilitación de las lesiones de tejidos blandos puede ser compleja.

El manejo del esguince agudo ha ido cambiando a lo largo de los años. En un principio se basaba en el protocolo ICE y posteriormente el más conocido y usado el RICE (rest-descanso, ice-frío, compress-compresión, elévate-elevación), para luego pasar de PRICE a POLICE (protección, carga óptima, hielo, compresión y elevación). Actualmente, aunque no muy conocido aún fuera del ámbito deportivo, Dubois recomienda no solo centrarse en el manejo del esguince agudo, sino también en las etapas subagudas y crónicas de la curación de los tejidos, así se basa en el continuo de rehabilitación desde la atención inmediata (PEACE) hasta el manejo posterior (LOVE).

Protección. Controlar actividades que generan dolor.

Elevación. Elevar pierna por encima del corazón el mayor tiempo posible.

Antinflamatorios. Evitarlos.

Compresión. Vendaje elástico para evitar el edema

Educación. Informar sobre ejercicios.

Load (carga). El dolor ayuda a gestionar la carga de manera progresiva.

Optimismo. Actitud de confianza.

Vascularización. Ejercicio aeróbico sin dolor aumenta el flujo y recuperación

Ejercicio. Activo mejora la movilidad y propiocepción.

PREVENCIÓN. El objetivo principal del tratamiento será la prevención, por lo que se llevarán a cabo ejercicios de movilidad y fortalecimiento de todas las estructuras implicadas. Pero la parte más importante es el trabajo de la propiocepción, siendo una pieza clave para evitar futuras recaídas.

Calzado infantil. Para concluir es interesante recordar la importancia del calzado. En la actualidad, a los niños se les calza erróneamente incluso antes de empezar a andar. Los pies de los niños no son versiones en miniatura de los pies de los adultos, por lo que se deben de tratar de manera diferente. El pie infantil es un pie en evolución.

El buen uso del calzado marca una diferencia en el desarrollo de la marcha.

Requisitos del calzado infantil:

- Adaptabilidad, el pie se encuentra en crecimiento y debe de adaptarse como un guante.
- Flexibilidad, sobre todo en la zona de los metatarsianos.
- Debe ser suave para la torsión, asegurar un movimiento correcto del antepié con el retropié. Suelas finas que puedan permitir la transmisión de estímulos y facilitar el desarrollo de músculos y tendones. Una suela torsionable permite que el pie se adapte a los terrenos irregulares, evitando caídas y permitiendo los cambios.
- Multifunción: Los niños pasan de estar sentados a correr y saltar, por lo que debe respetar el ritmo.
- Tracción, para evitar que resbale.
- Dureza y delgadez en la suela, sin elementos de absorción especiales.

Las conclusiones de los últimos estudios coinciden en que estar habitualmente descalzo tiene un impacto significativo en el desarrollo del pie durante la infancia y adolescencia, destacando la importancia de considerar estos hábitos en la salud a largo plazo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa DJ, Arroyo O, Martín P, Ruiz D, Moreno JA. Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Ed. Panamericana. 2010.
2. Redondo García MA, Conejero Casares JA. Rehabilitación Infantil. Panamericana. SERI. 2012.
3. Del Castillo MD, Delgado A, Ruiz J. Curso COT Pediatría. Título de Experto Pediátrico en patología del Aparato Locomotor. Mayo 2019. 3ª Ed.

Niño moldeado

4. Good C, Walker G. Moulded baby syndrome and unilateral "tight" hips. Br Med J (Clin Res Ed). 1983 Dec 3;287(6406):1675-6.
5. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological Surgery. Prevention and management of positional skull deformities in Infants. Pediatrics 2003; 112:199-202.
6. Martínez-Lage JF, Arráez Manrique C, Ruiz-Espejo AM, López-Guerrero AL, Almagro MJ, Galarza M. Deformaciones craneales posicionales: estudio clínico-epidemiológico. An Pediatr (Barc). 2012;77(3):176-183.
7. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. Pediatrics. 2002; 110:e72.
8. O'Broin ES, Allcutt D, Earley MJ. Posterior plagiocephaly: proactive conservative management. Br J Plast Surg. 1999; 52:18-23.
9. Hutchison BL, Thompson JMD, Mitchell EA. Determinants of Nonsynostotic Plagiocephaly: A Case-Control Study. PEDIATRICS. 2003;112(4):e1-e7.



10. Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *J Craniofac Surg.* 1996; 7:5-11.
11. Argenta L, David L, Thompson J. Clinical classification of positional plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* 2004 May;15(3):368-72. doi: 10.1097/00001665-200405000-00004. Erratum in: *J Craniofac Surg.* 2004 Jul;15(4):705. PMID: 15111792.
12. Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Relación entre la posición supina para dormir de los lactantes y la plagiocefalia posicional, consideración de otros factores etiológicos. Recomendaciones para su prevención y tratamiento. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del actante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 2004.
13. Esparza J, Hinojosa J, Muñoz MJ, et al. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema público de Salud. *Neurocirugía* 2007; 18:457-67.
14. Van Vlimmeren LA, et al. Torticollis and plagiocephaly in infancy: Therapeutic strategies. *Pediatric Rehabilitation.* 2005;1-7.
15. Kordestani RK, Patel S, Bard DE, Gurwitsch R, Panchal J. Neurodevelopmental delays in children with deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Jan;117(1):207-18; discussion 219-20. doi: 10.1097/01.prs.0000185604.15606.e5. PMID: 16404269.
16. Miller RI, Clarren SK. Long-term developmental outcomes in patients with deformational plagiocephaly. *Pediatrics.* 2000 Feb;105(2):E26. doi: 10.1542/peds.105.2.e26. PMID: 10654986.
17. Collett BR, Wallace ER, Kartin D, Speltz ML. Infant/toddler motor skills as predictors of cognition and language in children with and without positional skull deformation. *Childs Nerv Syst.* 2019 Jan;35(1):157-163. doi: 10.1007/s00381-018-3986-4. Epub 2018 Oct 30. PMID: 30377774; PMCID: PMC6447299.
18. Pastor-Pons I, Lucha-López MO, Barrau-Lalmolda M, Rodes-Pastor I, Rodríguez-Fernández ÁL, Hidalgo-García C, Tricás-Moreno JM. Efficacy of pediatric integrative manual therapy in positional plagiocephaly: a randomized controlled trial. *Ital J Pediatr.* 2021 Jun 5;47(1):132. doi: 10.1186/s13052-021-01079-4. PMID: 34090515; PMCID: PMC8180102.
19. Burón Klose Verónica, Imperatore Dupré María Loreto, Zuleta Ferreira Arturo. Consideraciones actuales en el abordaje de la plagiocefalia posicional. *Andes pediátr.* [Internet]. 2023 Abr [citado 2025 Feb 17] ; 94(2): 134-143
20. Laughlin J, Luerssen TG, Dias MS; Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Neurological Surgery. Prevention and management of positional skull deformities in infants. *Pediatrics.* 2011 Dec;128(6):1236-41. doi: 10.1542/peds.2011-2220. Epub 2011 Nov 28. Erratum in: *Pediatrics.* 2012 Mar;129(3):595. PMID: 22123884.
21. Goh JL, Bauer DF, Durham SR, Stotland MA. Orthotic (helmet) therapy in the treatment of plagiocephaly. *Neurosurg Focus.* 2013 Oct;35(4):E2. doi: 10.3171/2013.7.FOCUS13260. PMID: 24079781.
22. González-Santos J, González-Bernal JJ, De-la-Fuente Anuncibay R, Soto-Cámara R, Cubo E, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Infant Cranial Deformity: Cranial Helmet Therapy or Physiotherapy? *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 10;17(7):2612. doi: 10.3390/ijerph17072612. PMID: 32290217; PMCID: PMC7177616.
23. Blanco-Díaz M, Marcos-Alvarez M, Escobio-Prieto I, De la Fuente-Costa M, Perez-Dominguez B, Pinero-Pinto E, Rodríguez-Rodríguez AM. Effectiveness of Conservative Treatments in Positional Plagiocephaly in Infants: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2023 Jul 7;10(7):1184. doi: 10.3390/children10071184. PMID: 37508680; PMCID: PMC10378416.
24. Kajita H, Tanaka I, Komuro H, Nishimaki S, Kusakawa I, Sakamoto K. Efficacy of Cranial Orthosis for Plagiocephaly Based on 2D and 3D Evaluation. *Arch Plast Surg.* 2024 Jan 24;51(2):169-181. doi: 10.1055/a-2222-1494. PMID: 38596144; PMCID: PMC11001441.
25. Lamberta LK, Murray TR, Gehred A, Weisleder P. Helmet Therapy for Positional Plagiocephaly: A Systematic Review of the Tools Used to Diagnose, Offer Treatment Recommendations, and Assess Treatment Outcomes of the Condition. *Pediatr Neurol.* 2024 Dec;161:125-131.
26. Graham T, Wang J, Calderon FA, Moses V, Hallac RR. Two-Dimensional and Three-Dimensional Changes in Deformational Head Shapes During Repositioning Therapy and Cranial Remolding Treatment. *J Clin Med.* 2024 Dec 17;13(24):7689. doi: 10.3390/jcm13247689. PMID: 39768612; PMCID: PMC11679540.
27. Freed SS, Coulter-O'Berry C. Identification and Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Infants. Volume 16, Number 4, Supplement, 2004.
28. Cheng JC, Tang SP, Chen TM, Wong MW, Wong EM. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants--a study of 1,086 cases. *J Pediatr Surg.* 2000 Jul;35(7):1091-6. doi: 10.1053/jpsu.2000.7833. PMID: 10917303.
29. Seringe R, Langlais J, Bonnet JC. Le bassin asymétrique congénital. Étude clinique, radiologique et évolution. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1992;78:65-73.



30. Seringe R, Bonnet J CH, Katti E. Pathogenie et histoire naturelle de la luxation congénitale de la hanche. *Rev Chir Orthop.* 1990;76:391-402.
31. Arteaga Dominguez A, et al. Contractura en abducción de la cadera. *Rehabilitación (Madr).* 2003;37(5):287-90.
32. Seral García B, Bello Nicolau MÑ, Seral Iñigo F. Contractura congénita en abducción de la cadera y oblicuidad pélvica. *Rev Esp Cirugía Osteoarticular.* 1999;34:197.
33. Ohman A, Bjarlestam EH. To prevent and handle positional deformational skull asymmetry in infants – A survey on child health care nurses and parents' perception of the given information. *Open J Ther Rehabil.* 2020;8(1):1-14.
34. Rowland K, Das N. PURLs: helmets for positional skull deformities: a good idea, or not? *J Fam Pract.* 2015;64(1):44-6.
35. Hollander K, de Villiers JE, Sehner S, et al. Growing-up (habitually) barefoot influences the development of foot and arch morphology in children and adolescents. *Sci Rep.* 2017;7:8079.
36. Najdi H, Jawish N. Management of metatarsus adductus, bean-shaped foot, residual clubfoot adduction and Z-shaped foot in children, with conservative treatment and double column osteotomy of the first cuneiform and the cuboid. *Int J Orthop.* 2015;2(4):353-358.

Dolor de Espalda

37. Cieply R, Milbrandt T. Back pain in children and adolescents. *Curr Orthop Pract.* 2009;20(6):627-33. doi: 10.1097/BCO.0b013e3181be21ad.
38. Mohseni-Bandpei MA, Bagheri-Nesami M, Shayesteh-Azar M. Nonspecific low back pain in 5000 Iranian school-age children. *J Pediatr Orthop.* 2007 Mar;27(2):126-9. doi: 10.1097/BPO.0b013e3180317a35. PMID: 17314634.
39. Bhatia NN, Chow G, Timon SJ, Watts HG. Diagnostic modalities for the evaluation of pediatric back pain: a prospective study. *J Pediatr Orthop.* 2008 Mar;28(2):230-3. doi: 10.1097/BPO.0b013e3181651bc8. PMID: 18388720.
40. Lacruz Pérez L. Lumbalgia en el niño y el adolescente. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Asociación Española de Pediatría.*
41. Feldman DS, Straight JJ, Badra MI, Mohaideen A, Madan SS. Evaluation of an algorithmic approach to pediatric back pain. *J Pediatr Orthop.* 2006 May-Jun;26(3):353-7. doi: 10.1097/01.bpo.0000214928.25809.f9. PMID: 16670548.
42. Ronckers CM, et al. Cancer mortality among women frequently exposed to radiographic examinations for spinal disorders. *Radiat Res.* 2010;174(1):83-90.
43. Simony A, Hansen EJ, Christensen SB, Carreon LY, Andersen MO. Incidence of cancer in adolescent idiopathic scoliosis patients treated 25 years previously. *Eur Spine J.* 2016 Oct;25(10):3366-3370.
44. Luan FJ, Wan Y, Mak KC, Ma CJ, Wang HQ. Cancer and mortality risks of patients with scoliosis from radiation exposure: a systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J.* 2020 Dec;29(12):3123-3134. doi: 10.1007/s00586-020-06573-7. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32852591.
45. Negrini A, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and Spinal Disorders.* 2018;13:3.
46. Gordon JE, David LE. Leg Length Discrepancy: The Natural History (And What Do We Really Know). *J Pediatr Orthop.* 2019;39:S10-S13.
47. Driehuis F, Hoogeboom TJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, de Bie RA, Staal JB. Spinal manual therapy in infants, children and adolescents: A systematic review and meta-analysis on treatment indication, technique and outcomes. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218940.
48. Cardon G, Balague F. Prevention in low back pain in schoolchildren. What is the evidence? In: *Louvain-la-Neuve, Belgium;* 2004.
49. Cottalorda J, Bourelle S, Gautheron V. Effects of backpack carrying in children. *Orthopedics.* 2004 Nov;27(11):1172-5; quiz 1176-7.
50. Brackley HM, Stevenson JM, Selinger JC. Effect of backpack load placement on posture and spinal curvature in prepubescent children. *Work.* 2009;32(3):351-60.
51. Sheir-Neiss GI, Kruse RW, Rahman T, Jacobson LP, Pelli JA. The association of backpack use and back pain in adolescents. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003 May 1;28(9):922-30.
52. Nelhaddadgar N, Tavafian SS, Ziapour A, Mehedi N, Jamshidi AR, Gahvareh R. Effects of School-Based Educational Program on Backpack Carrying Behavior in Teenage Students. *J Prim Care Community Health.* 2022 Jan-Dec;13:21501319221086251.



Esguinces de tobillo

53. Stiell IG, McDowell I, Nair RC, Aeta H, Greenberg G, McKnight RD, Ahuja J. Use of radiography in acute ankle injuries: physicians' attitudes and practice. *CMAJ*. 1992 Dec 1;147(11):1671-8. PMID: 1362372; PMCID: PMC1336591.
54. Neuschwander TB, Cutrone J, Macias BR, Cutrone S, Murthy G, Chambers H, Hargens AR. The effect of backpacks on the lumbar spine in children: a standing magnetic resonance imaging study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Jan 1;35(1):83-8. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181b21a5d. PMID: 20023607.
55. Toscano Pardo JM, Alonso Pérez Y, Melián Díaz J. Utilidad de las reglas de Ottawa para tobillo y medio pie en Atención Primaria. *Validez (I)*. *Med gen y fam*. 2016;5(3):77-82.
56. Parrón Cambero R, et al. Validez de las reglas del tobillo de Ottawa. *Rev Ortop Traumatol*. 2006;50:283-6. Ruiz-Sánchez FJ, Ruiz-Muñoz M, Martín-Martín J, Coheña-Jimenez M, Perez-Belloso AJ, Pilar Romero-Galisteo R, González-Sánchez M. Management and treatment of ankle sprain according to clinical practice guidelines: A PRISMA systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Oct 21;101(42):e31087. doi: 10.1097/MD.00000000000031087. PMID: 36281183; PMCID: PMC9592509
57. Dubois B, Esculier J-F. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *Br J Sports Med*. 2020;54:72-73



ASPECTOS PRÁCTICOS QUE NO TE CONTARON DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

Rodríguez Salas, Mónica

FEA Gastroenterología infantil. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

INTRODUCCIÓN

La nutrición infantil y la adquisición de hábitos alimentarios y de estilo de vida saludables son una tarea primordial del pediatra de atención primaria, ya que son los primeros profesionales de la salud en contacto directo con el individuo y su familia para guiarles en este ámbito y proporcionar información con evidencia científica, herramientas y resolución de dudas con el objetivo de mejorar la educación alimentaria del niño, la relación emocional con la misma y con el entorno y subsanar posibles dificultades durante la adquisición de dichos hábitos.

El rol de la nutrición en la etapa infantil y adquiere una dimensión superior a la nutrición en el adulto, debido a que es solamente en este periodo en el que además de mantenimiento de las funciones vitales, es la oportunidad para el crecimiento, maduración funcional y emocional del individuo.

Para los pediatras este aspecto debe ser de vital preocupación en la consulta habitual, así como su actualización cada cierto tiempo para ofrecer información veraz, detectar patologías subyacentes de forma precoz y en definitiva convertirnos en el referente de la nutrición del niño ante las familias para evitar búsqueda de información basada en fuentes poco científicas.

1. NUTRICIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

El primer eslabón en este recorrido es la nutrición de la mujer gestante y posteriormente durante la lactancia materna. No es objetivo de este documento argumentar la necesidad de promoción y cuidado de la lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida debido al amplio aval científico hoy en día.

No obstante, cabe subrayar que en numerosas ocasiones focalizamos la atención en el lactante, su crecimiento ponderoestatural, la técnica de lactancia olvidando la nutrición en la madre lactante siendo ésta la fuente de energía y micronutrientes principal del niño. Por lo tanto, el pediatra debe reconocer posibles carencias en la dieta materna, recomendar una dieta variada y en caso necesario suplementar posibles deficiencias para optimizar nutrición tanto en la madre como en el niño.

La leche humana tiene una composición dinámica y su composición es el gold standard de referencia de las fórmulas artificiales disponibles. La composición de la leche humana es factor dependiente del estado nutricional de la madre siendo la concentración lipídica y algunos micronutrientes los que más pueden variar según la dieta materna. A continuación, realizaremos un breve resumen de las recomendaciones generales en la dieta de la mujer gestante:

- **Requerimientos energéticos:** La lactancia materna para una mujer supone un aporte extra 500 kcal/ día y 25 gramos de proteína junto a una ingesta hídrica de al menos 2-3 litros/día. En general, se propone una dieta 2.300-2.500 kcal/día siempre considerando factores adyuvantes como requerimientos basales en función peso posterior al parto, actividad física y duración e intensidad de la lactancia materna.
- **Micronutrientes:** Este compartimento debe ser aumentado entre 10-20% durante la lactancia siendo de especial prioridad vitaminas A, D, E, C, y minerales como yodo, calcio y ácido fólico. Esta suplementación no siempre debe realizarse de forma artificial con preparados farmacológicos, sino que debemos potenciar aquellos ingredientes naturales con mayor





contenido en ellos como es el caso del calcio a través de brócoli, sardinas, salmón, semillas de sésamo etc.

- Otros aspectos de la dieta materna: La composición grasa de la leche materna depende de las reservas grasas acumuladas durante el embarazo y la dieta durante la lactancia. Debemos potenciar ácidos grasos omega 3 cuya fuente principal se encuentra en el pescado, por lo que recomendaremos 2-3 raciones de pescado semanales priorizando pescado azul y evitando pescado de grandes dimensiones por su contenido en mercurio. Si no hubiera consumo de pescado se podría suplementar a base de alimentos enriquecidos con DHA o suplementos artificiales.
- Dietas vegetarianas: Son adecuadas bajo una supervisión y probablemente cubran todos los micronutrientes nombrados anteriormente. Hay que tener especial vigilancia en madres veganas en las que es necesario la suplementación con DHA-EPA y vitamina B12.

2. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria (AC) conlleva el inicio de la diversificación en la dieta de un lactante alimentado bien con lactancia materna o fórmulas adaptadas. El término complementaria debe ser explicado a las familias ya que en este proceso de transición puede llevarse a cabo de forma errónea priorizar distintos alimentos frente a leche materna o fórmula artificial y como consecuencia un destete precoz no deseado.

En cuestión de alimentación infantil y sobretodo en los inicios de la alimentación complementaria, la teoría no nos puede llevar a categorizar recomendaciones de forma contundente ya que este tránsito hacia la variedad en la alimentación es individual alcanzando resultados similares en tiempos y formas diferentes según el niño.

En la actualidad las recomendaciones sobre AC han variado respecto a recomendaciones tradicionales anteriormente realizadas. De todas maneras existen cuestiones universales que son planteadas por las familias que deben solventarse en una consulta específica en este momento de transición ya que el inicio de la AC podría ser uno de los puntos clave en el desarrollo del primer año del niño; y desgraciadamente en numerosas ocasiones por saturación, escaso tiempo se dedica un reducido intervalo de la consulta para recomendaciones básicas e incluso damos por sentado cuestiones clave de preparación, cantidad, utensilios en los que probablemente se transmitan del saber popular o son investigadas por parte de los padres en bases de datos fraudulentas con escasa base científica.

A continuación, se intentará realizar un cuestionario básico de aspectos que deben especificarse y justificar en la AC e inicio de hábitos saludables del lactante.

- ¿Por qué es necesario introducir alimentos diferentes a lactancia materna o fórmula adaptada?:

- El objetivo principal de la AC es obtener nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo a partir de los 6 meses de edad ya que la LM o bien la fórmula adaptada puede tener cierta limitación a partir de esa edad en cuanto a calorías totales y micronutrientes especialmente el hierro y zinc.
- Otros objetivos secundarios, pero no de menor importancia son:
- Promoción de alimentación saludable, ampliación de la palatabilidad a través de nuevos sabores, colores, olores y texturas que tienen como consecuencia mejora del desarrollo neurológico, cognitivo, tracto digestivo y sistema neuromuscular del individuo.





- Desarrollo psicosocial e interrelación adecuada padres e hijos al llevarse a cabo la integración del niño en la dieta familiar, lo que debemos aprovechar el profesional como una oportunidad para tratar de mejorar los hábitos familiares si fuera el caso concreto.

¿El inicio debe ser a los 6 meses, podemos individualizar?

Tanto la LM como la fórmula adaptada cubre los requerimientos nutricionales hasta los 6 meses, y a partir de esa edad la leche tiene que ser el alimento principal hasta el primer año de vida con la incorporación de otros alimentos.

En las nuevas recomendaciones queda patente que el inicio de AC no puede realizarse antes de los 4 meses debido a la inmadurez de los sistemas que intervienen en el proceso de asimilación de nutriente (digestivo, renal, inmunidad etc), riesgos innecesarios tipo atragantamientos, sustitución de tomas por alimentos menos nutritivos debido a poco desarrollo de destrezas psicomotoras propias de edad y efectos a largo plazo tipo obesidad, dermatitis atópica, destete precoz.

Por otro lado, podemos encontrar situaciones familiares en las que no vean necesario el inicio de AC incluso pasados los 7-8 meses de vida, en ese momento deberemos justificar la necesidad de la diversificación alimentaria debido a las carencias nutricionales de hierro y zinc, riesgo de alergia e intolerancia alimentaria, así como peor aceptación de texturas y sabores, y alteración de habilidades oromotoras.

Existen un dintel o ventana de oportunidad entre los 6-7 meses de edad para el inicio, aunque lo más importante es objetivar y aclarar las premisas que debe observarse en el lactante, para tener un comienzo más o menos exitoso en la AC:

- Sedestación con apoyo y sostén cefálico por sí mismos. El eje corporal es fundamental a la hora de iniciar alimentación.
 - Reflejo coordinación ojo mano boca.
 - Desaparición del fenómeno de extrusión.
 - Interés por la comida.
 - ¿Qué orden cronológico en la introducción debe seguirse?

Actualmente no existe ninguna justificación científica para retrasar la introducción de ningún alimento incluido el gluten a partir de los 6 meses. La incorporación debería realizarse de forma progresiva, en pequeñas cantidades observando el grado de aceptación y tolerancia por parte del individuo.

Por lo tanto, no se pueden proporcionar recomendaciones tajantes si no un calendario orientativo adaptándose a las características del desarrollo del niño y de la familia.

Dentro de la información dada, si es necesario puntualizar bien aquellos alimentos cuya forma puede acarrear riesgo de asfixia en menores de 3 años, y las formas alternativas de introducirlo, así como los lácteos y leche de vaca entera en pequeñas porciones a los 9 meses de vida.

- ¿Qué cantidad de cada alimento es la ideal, combinación? ¿Se ofrece en forma de puré o sólidos directamente?

Idealmente la dieta debe ser variada en pequeñas proporciones de forma progresiva ya que la diversificación alimentaria es complemento de la LM o artificial.

En cuanto a cada grupo de alimentos, las frutas y verduras no están limitadas en cuanto a cantidad siendo un abanico de sabores y texturas diferentes que representa una oportunidad para minimizar el rechazo posteriormente cuanto más exposición exista. La única limitación conocida son las verduras



de hoja verde cuyo consumo debe limitarse por el riesgo de metahemoglobinemia y debe representar < 20% contenido del plato.

Las instrucciones deben ser clara en cuanto a la cantidad de proteínas ya que en nuestro entorno se suelen exceder los requerimientos diarios proteicos y en los estudios se ha objetivado mayor riesgo de obesidad a largo plazo desplazando el consumo de otros alimentos saludables.

Las raciones proteicas de carne, pescado, legumbres hasta los 3 años suelen ser entre 30-35 gramos/día y 50-60 gramos de huevo. Es útil de cara a los progenitores poseer en la consulta iconografía práctica para mostrar dicha cantidad teórica, ya que ayuda a comprender la cuantía de las raciones.

La consistencia de los alimentos al igual que la introducción se debe realizar de forma progresiva, aconsejando iniciar entre los 8-9 alimentos grumosos y sólidos sin riesgo de atragantamiento (éstos deben especificarse claramente) ya que se considera esa edad que es la ventana de oportunidad para mejorar la adaptación tanto de sabor como textura y así ampliar la variedad de la alimentación evitando trastornos específicos de conducta alimentaria en el lactante y niño pequeño, que pueden transferirse a edades más tardías.

En esta cuestión es importante proporcionar información veraz sobre el método baby led weaning, que en los últimos años ha cobrado protagonismo y es motivo de consulta en este momento del desarrollo del lactante. Mucho de los interrogantes que este método planteaba a los profesionales inicialmente cada vez está más corroborado por estudios con aval científico y en cohortes de población a largo plazo. Es inequívoco que a las familias que muestren en consulta interés por dicho método se debe instruir en la forma de realizarlo, es decir, es necesario proporcionar consejo en cuanto a corte de los alimentos, manipulación, alimentos con mayor riesgo de atragantamiento y maniobras de resucitación cardiopulmonar básica como instrucción previa.

Por el contrario, aquellas familias que opten un método tradicional tipo triturado no hay que condenarlo ni estigmatizarlo sino si incentivarlo para la progresión en los sólidos en la medida que tanto el niño como la familia adquieran destrezas y seguridad. Cada unidad familiar debe sentirse seguro y satisfecho con esta decisión de alimentación de su hijo.

- ¿Debemos explicar solamente tipo de alimentos o utensilios adaptados debe ofrecerse como información accesoria?

Un error que la mayoría de profesionales dedicados a la infancia cometemos en este tema, es sólo plantear cuestiones de cómo introducir, tiempos rígidos y limitaciones a la hora de orientar a nuestros pacientes y familias en educación alimentaria infantil. En definitiva, ofrecer una información negativa circunscrita que en muchas ocasiones provoca sentimientos de miedo e incertidumbre a esos progenitores lo que les lleva a buscar información en otras fuentes menos fiables.

En la actualidad, el enfoque positivo a la hora de educar sobre nutrición infantil es un contenido presente ya que no sólo comer de forma saludable tiene un aspecto preventivo, sino que tiene su sentido placentero y social que tan arraigado está culturalmente a medida que crecemos.

Esta perspectiva positiva y emocional implica respetar el ritmo de desarrollo y autonomía del paciente, considerar el hambre y saciedad de cada individuo cuyo ejemplo práctico de frase a trasladar a los padres es “ nosotros elegimos la calidad y el bebé elije la cantidad”, establecer rutinas en cuanto a lugar y horario de comidas, mantener actitud neutra ante las dificultades de adquisición bien de sabor y/o textura y buscar alternativas saludables y no sólo optar por las preferencias del individuo dejando obsoletas opciones como la verdura y la fruta. Globalmente se pretende conseguir un ambiente agradable, proyectando de forma positiva los logros del lactante e introducirlo en la rutina familiar.



El objetivo final de este momento de transición es la estructuración del patrón alimentario familiar lo más saludable posible, respetuoso con el entorno y emocionalmente positivo para el niño y sus familias.

En algunas familias esta guía debe ofrecerse como oportunidad de cambio para cuidar la salud de sus hijos y de ellos mismos y probablemente necesiten un seguimiento cercano porque se planteen numerosas dudas y deban tener un refuerzo positivo más cercano, sin embargo, en otras familias en las que el modelo esté muy asentado deberemos dar consejos básicos.

Otro aspecto a tener en cuenta a partir de la realización del menú, el material a emplear en la introducción de alimentación. Debemos abordar temas como tipo de trona o asiento, platos tipo Harvard, empleo de cubiertos tipo precucharas o manipulación inicialmente con las propias manos para el desarrollo de psicomotricidad fina y al mismo tiempo mayor aceptación de texturas y sabores que permiten avanzar de forma más rápida, uso precoz de vasos adaptados. Para ello, el pediatra debe estar formado en estas cuestiones adyacentes y recomendar material actual adaptado.

3. ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL AÑO DE EDAD

En este apartado daremos unas pinceladas para no sobrepasar la extensión requerida, ya que existe multitud de bibliografía y manuales al respecto que lo abordan con mayor profundidad. En general encontramos gran preocupación de la alimentación infantil hasta los 12 meses de vida, teniendo una actitud por parte de los padres mucho más permisiva a partir de esta edad de forma inconsciente.

Nuestra labor debe tener una postura de refuerzo en las sucesivas consultas sea por este aspecto en concreto o por otras motivaciones. Debemos seguir respecto el grado de autorregulación de los niños en cuanto a su hambre y saciedad y no debemos bajar la guardia en cuanto a la calidad de la alimentación por mucho que el niño se introduzca de lleno en una sociedad con hábitos nutritivos poco saludables.

Todas estas medidas conllevan el respeto de periodos “difíciles” en los que el niño disminuye fisiológicamente la cantidad ingerida, pero no por ello debemos dejar de ofrecer o ceder a opciones poco saludables si que probablemente deba existir una variación en la forma de presentación, así como que los padres se muestren de ejemplo hacia ellos.

Es importante a partir de esta edad hacerlos partícipes de la adquisición de los alimentos en la compra familiar, la elaboración de los menús ayudando a cocinar e idear recetas, refuerzo positivo sobre los efectos beneficiosos de ingerir ciertos alimentos tipo hortalizas y fruta, no premiar ni castigar con cuestiones de alimentación, promoción de un ambiente relajado y oportunidad de comunicación de las familias la hora de la comida evitando aislamiento con pantallas o televisión. En definitiva, el objetivo principal es formar y transformar a estos niños en adultos responsables y satisfechos en su nutrición que va a jugar un papel fundamental en la prevención primaria de muchas patologías. De esta manera, los pediatras tenemos un papel fundamental ya que el cambio hacia dichos hábitos se adquiere en forma y tiempo en esta edad hasta los 3 años de vida siendo más allá objetivos mucho más difíciles de cumplir.



VA DE HUESOS LESIONES ÓSEAS QUE “NO HAY QUE TOCAR” EN LA INFANCIA

Vicente Rueda, Josefina

Pediatra. Especialista en Endocrinología Infantil.

FEA Radiología infantil. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.

El hallazgo incidental de lesión ósea es frecuente en pediatría. La mayoría de estas lesiones son benignas y debemos intentar reconocerlas sin incluir diagnósticos diferenciales y así evitar realización de pruebas adicionales, como la biopsia. En estas lesiones, a veces el patólogo tiene dificultades para diferenciar lesiones malignas o benignas, con el consiguiente tratamiento quirúrgico de consecuencias perjudiciales para el paciente.

En la actualidad, la radiografía simple sigue siendo la prueba inicial de elección en el diagnóstico de éstas lesiones.

A lo largo de esta sesión repasaremos las lesiones óseas que “No hay que tocar” y aquellas lesiones óseas que, aunque haya que tratar, no presentan signos de agresividad y nos permiten establecer un diagnóstico de seguridad basándonos, sobre todo, en la radiología convencional.

CLÍNICA

Estas lesiones pueden presentarse clínicamente de diversas maneras: como hallazgos incidentales, mediante la palpación de una masa o a través del dolor asociado o no a traumatismo. La aparición de dolor en una lesión no traumática se considera un signo de alarma.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Puntos clave del estudio radiológico:

- Edad del paciente
 - Tamaño de la lesión
 - Número de lesiones
 - Localización en el esqueleto
 - Localización en el hueso
 - Márgenes y zona de transición
 - Reacción perióstica
 - Mineralización o matriz ósea
 - Componente de partes blandas
- La radiografía convencional: es la prueba gold standard en el estudio de lesiones óseas. Entre sus ventajas destaca su amplia disponibilidad, su bajo coste y baja radiación, siendo suficientemente diagnóstica en muchos procesos sin necesidad de recurrir a otras pruebas.
 - La tomografía computarizada (TC) nos aporta gran detalle de los cambios corticales, la alteración de la matriz ósea y la reacción perióstica.
 - La resonancia magnética (RM) es de elección para evaluar el edema óseo, el grado de infiltración y el componente de partes blandas.



CLASIFICACIÓN

Las lesiones óseas no agresivas se clasifican en tres grupos:

1. Lesiones postraumáticas.
2. Lesiones claramente benignas.
3. Variantes de la normalidad.

1. LESIONES POSTRAUMÁTICAS

• LESIÓN POR AVULSIÓN

Es una lesión consistente en arrancamiento cortical en zonas de inserción de tendones y ligamentos. Se relacionan con la práctica deportiva.

Es típica en la espina iliaca anteroinferior o en la tuberosidad isquiática.

El desmoide cortical es una lesión localizada en la región póstero-medial de la metáfisis distal del fémur. Se considera un tipo de avulsión en la unión del tendón del músculo adductor mayor o de la cabeza medial del gastrocnemio.

En radiografía se observa irregularidad cortical, con o sin formación perióstica de hueso nuevo.

• MIOSITIS OSIFICANTE

Consiste en la formación de hueso heterotópico en el tejido muscular. El 75% están asociadas a traumatismo previo.

En la radiografía se visualiza calcificación circunferencial con centro radiotransparente, localizada en partes blandas y separada de la cortical ósea. Si hay dificultad para diferenciar la calcificación periférica, se recomienda realizar TC o repetir radiografía en 1-2 semanas.

2. LESIONES BENIGNAS

• FIBROMA NO OSIFICANTE / DEFECTO ÓSEO CORTICAL

Lesión fibrosa que recibe el nombre de defecto fibroso cortical cuando mide <2 cm o fibroma no osificante si es mayor a >2 cm. Se trata de una lesión cortical, lítica, de bordes esclerosos.

Es muy frecuente en niños y suele ser un hallazgo incidental. Con la edad se aleja del cartílago de crecimiento hacia la diáfisis, rellenándose de hueso y esclerosándose.

• QUISTE ÓSEO SIMPLE/ UNICAMERAL/ SOLITARIO

Se trata de una cavidad rellena de líquido revestida por una membrana sin epitelio.

Se visualiza como una lesión de localización central, lítica, de borde bien definido, escleroso, discretamente expansiva, que adelgaza la cortical, y de eje largo paralelo al hueso. La localización más frecuente es en tercio proximal del fémur y húmero (2/3-3/4).

Puede aumentar de tamaño creciendo desde la placa de crecimiento hacia la diáfisis. En el hueso calcáneo suele presentar una morfología triangular y pueden sufrir un proceso de “lipidización” (si se realizara biopsia podría dar el diagnóstico incorrecto de lipoma intraóseo).



El diagnóstico suele ser casual o por fractura patológica tras pequeños traumatismos. El signo del fragmento caído es bastante característico, se trata de un fragmento óseo dentro de la cavidad asociado a una fractura.

- **QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO**

Es una lesión lítica, expansiva, de bordes bien definidos.

Localizada generalmente en la metáfisis de los huesos o en elementos posteriores de las vértebras. En TC o RM se puede observar nivel líquido-líquido en su interior, característico aunque no específico.

- **DISPLASIA FIBROSA**

Se trata de una alteración del desarrollo óseo caracterizada por la presencia de tejido fibroóseo reemplazando al hueso medular normal. Puede afectar a cualquier hueso.

No presenta periostitis ni dolor, a no ser que exista una fractura asociada. Es frecuente y se suele detectar en pacientes jóvenes.

Se presenta en dos formas:

- Monostótica (80%). Más frecuente en costillas, fémur proximal y cráneo.
- Poliostótica. Puede asociarse a enfermedades endocrinas o síndromes (Síndrome de McCune-Albright). Más frecuente en fémur, tibia, pelvis y huesos del tarso. Puede provocar fracturas patológicas y deformidades óseas.

- **OSTEOCONDROMA**

Considerados defectos de desarrollo del hueso en crecimiento o tumores óseos benignos de origen cartilaginoso, son la lesión ósea benigna más común.

Se dividen en pedunculados (con un tallo largo) y sesiles (con una base plana) y su origen es la región metafisaria de los huesos largos. También se presentan en los huesos pélvicos o costillas, con aspectos más irregulares.

La clave para su correcto diagnóstico: continuidad con la corteza ósea de origen, dirección de crecimiento paralelo al eje del hueso alejándose de la metáfisis y la presencia de una tapa de cartílago.

- **ENCONDROMA**

Es una lesión lítica, bien definida, que remodela el endostio, con matriz condroide, en metáfisis de cualquier hueso de osificación encondral, debida a alteración del cartílago de crecimiento, cuya progresión puede alargarse hasta alcanzar la maduración esquelética. Es el 2º tumor condral benigno más frecuente, solo superado por el osteocondroma, además de la lesión lítica más frecuente de las falanges. También son frecuentes en rodilla y húmero.

Suelen ser un hallazgo casual o diagnosticarse tras fractura patológica.



3. VARIANTES DE LA NORMALIDAD

- **DEFECTO DORSAL DE LA RÓTULA**

Anomalía del desarrollo, en la superficie dorsal del cuadrante superolateral de la rótula. Puede ser bilateral (1/3). Asintomático, aunque a veces se acompaña de dolor.

En radiografía se observa un área lítica, redondeada, de márgenes bien definidos y esclerosos.

En RX puede simular una infección, osteocondritis disecante o condroblastoma, pero su localización característica es diagnóstica.

- **PSEUDOQUISTE DEL HÚMERO**

Es debida a una diferencia en la cantidad de hueso trabecular en el húmero proximal.

En radiografía observamos radiolucencia en húmero proximal, que en ocasiones presenta un margen inferior curvilíneo parcialmente bien definido.

Puede simular lesiones líticas habituales en esta localización como condroblastoma, infección o metástasis.

La gammagrafía podría mostrar una falsa hipercaptación, que podría ser atribuible a hiperemia por patología de manguito rotador.

Si se biopsia el estudio histopatológico refleja normalidad de hueso esponjoso.

- **PSEUDOQUISTE DEL CALCÁNEO**

Variante normal del patrón trabecular del calcáneo, por atrofia trabecular, localizada en su vertiente anteroinferior.

En radiografía observamos un área hiperluciente de contornos mal definidos en la vertiente anteroinferior del calcáneo, que puede confundirse con quiste óseo unicameral.

- **VASOS NUTRICIOS**

Pueden observarse como líneas radiolucientes que podrían simular líneas de fractura. Suele verse en huesos largos y calota.

La clave para distinguirlos es la presencia de bordes esclerosos y que suelen ser bilaterales.

CONCLUSIÓN

Las lesiones óseas benignas en los niños son frecuentes.

La radiografía simple sigue siendo el método diagnóstico de elección de las lesiones óseas que "no hay que tocar", siendo por tanto esencial el conocimiento de los hallazgos característicos para evitar pruebas y procedimientos inadecuados y perjudiciales para el paciente. Es fundamental el reconocimiento de los hallazgos que indican agresividad para no incurrir en diagnósticos erróneos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Del Cura Rodríguez JL, Gayete Cara Á, Rovira Cañellas À, Pedraza Gutiérrez S. Radiología Esencial. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana; 2019.
2. Helms CA. Fundamentos de radiología del esqueleto. 3ª . Madrid, España: Marban; 2017.
3. Dumitriu DI, Menten R, Clapuyt P. Pitfalls in the diagnosis of common benign bone tumours in children. Insights Imaging. 2014;5(6):645-55.
4. Fonseca EKUN, Castro A do A e, Kubo RS, Miranda FC, Taneja AK, Santos D do CB, et al. Musculoskeletal «don't touch» lesions: pictorial essay. Radiol Bras. 2019;52(1):48-53.



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

Pablo Alonso Peña a, Silvia González Garrido b, Marta Martínez Carretero c.

a Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Huétor-Tájar. Distrito Metropolitano de Granada. España. b Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Carlota. Distrito Córdoba-Guadalquivir. España. c 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.

RESUMEN DEL CASO

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



Imagen 1: extrasístoles ventriculares bidireccionales y taquicardia ventricular no sostenida

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.

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, palpaciones 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.



A PROPÓSITO DE UN CASO: MALFORMACIÓN COSTAL

BURGOS RODRÍGUEZ, ÁNGELA (A); MIRANDA RENGEL, FLORES (B); JIMÉNEZ HERRERO, ENRIQUE (C)
CS. Alozaina (Alozaina, Málaga)(A); CS. La Zubia (Granada) (B); Hospital San Rafael (Granada) (C)

INTRODUCCIÓN

Los tumores costales y esternales son inusuales en la población pediátrica. En el diagnóstico diferencial encontramos patologías benignas y malignas, motivo por el 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

Acude a nuestra consulta de Atención Primaria un niño de 5 años que consulta por deformidad del hemitórax derecho y palpación de un bultoma de consistencia ósea desde hace 2 semanas. No refiere traumatismo previo ni infección reciente. Afebril, clínicamente asintomático y sin dolor.

A la exploración presenta una tumoración ósea en 4^a-5^a costilla, uniendo esta ambas, sin poder palpar espacio intercostal. No dolorosa a la palpación, no eritema cutáneo ni signos de fluctuación. Se realiza 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^o arco costal derecho una duplicidad del cartílago costal, que se divide en dos y vuelve a fusionar antes de articularse con el esternón. El cartílago superior tiene una convexidad anterior mayor que el inferior y protruye en la pared costal, coincidiendo con la zona en la que podemos palpar dicha tumoración. Se informa como malformación costal (4^o arco derecho) con duplicidad del 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.

Además, debemos recordar que existe una entidad, los SELSTOC (del inglés, self-limiting sternal tumors of childhood) que puede asemejarse inicialmente a nuestro caso clínico. Son lesiones benignas de rápido crecimiento, palpables y no dolorosas, que afectan a pacientes en edad pediátrica y tienen un curso autolimitado y etiología desconocida.

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, así como decidir el plan de actuación a seguir.



UN CASO DE LIQUEN ESCLEROSO VULVAR EN LA CONSULTA

CANTARERO VALLEJO, MARÍA DOLORES; LÓPEZ MARTÍN, KATYA; NIETO DEL RINCÓN, NIEVES.
Centro de Salud de Illescas (Toledo, España), Hospital Universitario de Toledo (Toledo, España).

Introducción

El liquen escleroso (LE) es una afección inflamatoria mucocutánea crónica. En la vulva provoca prurito, dolor, disuria y estreñimiento, aunque puede ser asintomático. Su etiología no es completamente conocida, la teoría más aceptada es la etiopatogenia autoinmune, respaldada por su asociación con otras enfermedades autoinmunes, como alopecia areata o la patología tiroidea. Aunque es más común en mujeres posmenopáusicas, también puede afectar a niñas prepuberales en un 7-15% de los casos y se ha visto mayor riesgo en mujeres con síndrome de Turner.

Con el desarrollo de la enfermedad pueden aparecer fisuras, sobreinfecciones y alteraciones anatómicas como atrofia de labios, enterramiento del clítoris o estrechamiento del introito vaginal. El diagnóstico es clínico, con biopsia solo en casos excepcionales como dudas diagnósticas, nula respuesta al tratamiento o sospecha de malignidad.

Resumen del caso

Adolescente mujer afectada de síndrome polimalformativo (hidrocefalia, artrogriposis, pie zambo bilateral y retraso del desarrollo psicomotor). Está en tratamiento endocrinológico por talla baja y pubertad adelantada con hormona de crecimiento y triptorelina.

Acude con la abuela a la revisión de los 12 años y refiere lesiones vulvares de 2 meses de evolución con prurito, sin leucorrea ni disuria.

En la exploración se observan placas rugosas blanco nacaradas en labios menores y clítoris (figura 1), lo que motiva su derivación a ginecología. Dos meses después regresa sin mejoría tras recibir tratamiento antifúngico tópico indicado por un ginecólogo privado.

Sospechando un LE genital pautamos propionato de clobetasol al 0,05 % tópico dos veces al día durante 4 semanas. Se interconsulta a dermatología que confirma el diagnóstico y aconseja continuar mismo tratamiento una vez al día durante un mes y revisión posterior.

A los 15 días de tratamiento, la paciente muestra buena evolución: desaparición del prurito y atenuación de las lesiones. Actualmente sigue con el tratamiento y está pendiente de la revisión dermatológica.



Figura 1. Placas rugosas blanco nacaradas en labios menores y clítoris compatibles con liquen escleroso.

Conclusiones

Un mejor conocimiento del LE por parte del pediatra de AP permite un diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento adecuado más rápidamente.

Aunque no siempre es curativo, el tratamiento tópico con propionato de clobetasol al 0,05% constituye la terapia de elección de niñas con LE vulvar.

El seguimiento continuo de pacientes con LE es obligatorio, ya que la remisión espontánea es extremadamente rara y las complicaciones pueden alterar la anatomía vulvar.

**PRIMERA VISITA AL RECIÉN NACIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA**

Comino Vázquez, Paloma (a), Ledesma Albarrán, Juana María (b), Del Castillo Aguas, Guadalupe (c), Gallego Iborra, Ana (c)

(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 1/1/2024. Las variables se seleccionaron para que fueran comparables con los datos obtenidos por PAPenRED en 2014.

Resultados

En Andalucía colaboraron 37 pediatras obteniéndose 332 casos y la PVRNAP se realizó a los 15,3±7,9 días tras el alta. En 2014 colaboraron 59 pediatras y se obtuvieron 488 casos y la PVRNAP fue a los 14±7,4días.

En España colaboraron 230 pediatras obteniéndose 2047 casos. La PVRNAP se realizó a los 9,3±6,1 días. En 2014 se obtuvieron 2047 casos y la PVRNAP fue a los 10,7±6,3 días ($p<0,001$).

En Andalucía los profesionales que realizaron la PVRNAP fueron el pediatra (90%), enfermería (7,6%) o ambos (2,4%), mientras que a nivel nacional la realizaron pediatras (41%), enfermería (19%) o ambos (40%).

En Andalucía se obtuvieron prevalencias de LME al mes de vida del 52,0%, lactancia mixta 26% y lactancia artificial del 22%, mientras que en España se obtuvieron: LME 55,0% (IC95%: 52,7-57,3), lactancia mixta 25,8% (IC95%: 23,9-27,9) y lactancia artificial del 19,2% (IC95%: 17,4-21,0%).

En Andalucía recibieron recomendación desde el hospital para la fecha de la primera visita el 60,9%, frente al 82,9% de la media nacional.

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 la exploración del paciente pediátrico y puede ser debida a una enfermedad hepática o ser un signo más de enfermedades sistémicas.

Varios mecanismos se han descrito en su etiopatogenia: inflamación, depósito, congestión vascular, infiltración y obstrucción.

En su evaluación, como en casi todas las patologías pediátricas, lo más importante son la anamnesis y exploración física seguidas de unas exploraciones complementarias razonadas según la edad y la sintomatología presente.

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 desde el año de vida distensión abdominal progresiva sin otros síntomas acompañantes. No antecedentes familiares ni personales de interés. En la exploración física destaca talla baja y distensión abdominal con hepatomegalia.

En la analítica sanguínea se detecta hipertransaminasemia (AST/ALT 228/121U/l). Coagulación, glucosa, función renal, perfil férrico, tiroides y resto de función hepática normales. Celiaquía negativa. Estudio de virus hepatotropos y autoinmunidad negativos. Coprocultivo y parásitos en heces negativos.

En la ecografía abdominal se visualiza una hepatomegalia a expensas de lóbulo derecho con ecoestructura homogénea (Figura 1) y se amplía con doppler que descarta alteraciones vasculares.

Ante estos hallazgos fue derivada a la unidad de gastroenterología pediátrica de referencia desde donde se solicitó estudio genético donde se objetivó variante patogénica c.1463C>T en el gen PYGL en homocigosis compatible con el diagnóstico de glucogenosis tipo VI.

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

CONCLUSIONES

La hepatomegalia es un signo frecuente y presente en patologías diversas, por lo que hay que realizar un estudio dirigido a descartar todas las posibles causas. Las enfermedades metabólicas, aunque infrecuentes, son una de las posibles causas de este signo, por lo que es importante incluirlas en el diagnóstico diferencial.

Existen varios subtipos de glucogenosis. En concreto, la tipo 6 o enfermedad de Hers es una rara y benigna que se caracteriza por hepatomegalia y retraso del crecimiento en la infancia. La hipoglucemia suele estar ausente. 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.



Figura 1: Ecografía abdominal donde se aprecia hepatomegalia.



TORTÍCOLIS ADQUIRIDA EN PEDIATRÍA... UN AMPLIO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Eloísa De Santiago García-Caro (a), Lucía Ramírez Martín (b), Carmen Martínez Fabón (c), Alfonso Lendinez Jurado (d), Juana Ledesma Albarrán (e), Rocío Negrillo Ruano (f)

(a,d,e,f) Centro de Salud Puerta Blanca Málaga. (b,c) Hospital Materno Infantil Málaga.

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 que consulta en su pediatra de Atención Primaria por tortícolis atraumática de nueve meses de evolución, en seguimiento por pediatra privado, sin mejoría a pesar de fisioterapia intensiva. Valorado también por oftalmólogo privado con exploración normal. Se le había realizado una Rx cervical sin alteraciones. Presenta además caídas ocasionales. Ninguna otra clínica asociada. Antecedentes personales y familiares sin interés.

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 la exploración física resultan normales. Se deriva al servicio de rehabilitación que solicita la realización de resonancia magnética 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.

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 continua 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?

Escobar Muñoz María José, Ureña Ruiz Pilar, Garach Gómez Ana, Jiménez Castillo María Inés, García del Moral, Ana
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; Hospital Universitario Clínico San Cecilio; Centro de Salud Zaidín Sur, Granada;
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción

La atención temprana (AT) es el conjunto de intervenciones que buscan mejorar las capacidades del niño menor de 6 años, cuando se encuentra en una etapa crítica del desarrollo del sistema nervioso, condicionado 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

- Determinar el porcentaje de pacientes derivados a AT desde un cupo de pediatría de atención primaria.
- 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

- Se derivaron a AT 114 pacientes (13% del cupo).
- Un 71,1% fueron varones, con edad media de $2,66 \pm$ desviación estándar (DS) 1,07. El 14,9% correspondía a descendientes de progenitores de nacionalidad extranjera.
- Del total de pacientes derivados, el 74% recibieron atención en el CAIT.
- Los motivos de derivación más frecuentes fueron trastorno del lenguaje (26,3%), retraso evolutivo (26,3%) y trastorno de comunicación (7%).
- Del total de niños derivados, 69,3% fueron derivados tras la pandemia.
- Con respecto al sexo, 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).

Conclusión

- 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 CARLAB, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ AMPAROC, PARTAL RODRÍGUEZ SANTIAGOD. a Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Almería-Centro. Almería. España. b MIR-Pediatría. Hospital Materno-Infantil Princesa Leonor. Complejo hospitalario Torrecárdenas. Almería. España. c Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. España. d MIR-Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

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 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 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 86% son mujeres y 74% especialistas en Pediatría.

En el 38.9% de las unidades hay dos pediatras, en el 19,4% tres, en el 13,9% 4 y en el 11.1% uno único.

Ninguna UGC cuenta con paridad pediatra/enfermera/o. Existen UGC formadas por más de 4 pediatras que solo cuentan con 2 enfermeras y UGC formadas por 3 pediatras que solo cuentan con 1.

Solo 18 de los encuestados disponen de enfermera/o todos los días de la semana y el resto sólo algunos días.

En ningunas de las 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 el 66.7% de las UGC la enfermera/o no realiza funciones de acogida o filtro, en un 25% en ocasiones y sólo en un 8.3% las realiza siempre.

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

Ante la pregunta de si consideran fundamental la figura de enfermería pediátrica para la atención a la infancia el 83.3% de los encuestados consideran que sí.

Conclusiones

La figura de enfermería pediátrica es fundamental para una atención de calidad. Sin embargo, la incorporación a las UGC es aún muy limitada y deficiente.

Es necesario que se potencien las Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP, integradas por un pediatra y una enfermera (relación 1:1), 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, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil es la enfermedad reumática crónica más frecuente en Pediatría. Dicho nombre engloba todas las artritis de causa desconocida de al menos 6 semanas de evolución, de inicio antes de los 16 años de edad.

Puede ser poliartrosis u oligoartritis, según si se afectan más o menos de 5 articulaciones. Cuando se instaura en una sola articulación se llama monoartritis, comúnmente en la rodilla. También destacan otras articulaciones como los tobillos, aunque menos frecuentes.

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.

Valorado dos veces en urgencias con diagnóstico de esguince. La pediatra de su centro de salud solicitó una analítica donde se observó hemograma normal, con reactantes de fase aguda elevados (una velocidad de sedimentación globular de 141 mm/h) y ANA (anticuerpos antinucleares) positivos. Serologías virales negativas, bioquímica anodina, hormonas tiroideas en rango normal.

Además, se solicitó una radiografía con resultado normal, y una ecografía de la articulación observando inflamación de las paredes articulares sin derrame, con diagnóstico de tenosinovitis probable reactiva.

Se comenta el caso con hospital de referencia, y se decide ingreso para artrocentesis. En dicho procedimiento, apenas se extrajo líquido y se infiltraron corticoides. Ante la sospecha de artritis, se realizó valoración por Oftalmología, el cual diagnosticó uveítis anterior aguda y pautaron tratamiento. También se valoró por cardiología pediátrica, en el que se observó derrame pericárdico leve sin afectación hemodinámica.

Finalmente se dio de alta con diagnóstico de monoartritis idiopática juvenil. Actualmente se encuentra en tratamiento con metrotexate, en remisión clínica con mejoría del dolor y en seguimiento por Oftalmología.

CONCLUSIONES

La importancia de la atención primaria para diagnosticar patologías poco frecuentes, pues el seguimiento continuado del paciente permite estudiarlo adecuadamente y plantear un diagnóstico diferencial, y también un seguimiento más estrecho de la respuesta al tratamiento prolongado.

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, y descartar otras afectaciones como la oftalmológica o cardiológica.



PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. A PROPÓSITO DE UN CASO

García del Moral, Ana, Almazán Fernández de Bobadilla, Vega, Guarnido Rodríguez, María de la Paz, Fernández García, Manuela, Vico Marín, Inés.

Hospital Materno Infantil Virgen de Las Nieves, Granada. Centro de Salud de Maracena, Maracena.

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 salivales¹. Se presenta como inflamación dolorosa de una o ambas parótidas de forma recurrente junto a fiebre leve y eritema. El diagnóstico es clínico pero la ecografía puede ayudar a descartar absceso y otras anomalías. 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.

Resumen del caso

Paciente de 4 años que ha presentado dos episodios de parotiditis derecha y acude por tercer episodio de inflamación parotídea ipsilateral coincidente con megalueritema por Parvovirus B19 (Figura 1).

Ante sospecha de parotiditis recurrente juvenil se realiza estudio ecográfico en consulta que evidencia un 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 (Figura 3) con estudio posterior en fase de resolución con datos de parotiditis crónica derecha. Se solicita estudio de PCR parotiditis en orina, saliva y serologías, siendo negativas para Paramixovirus con IgM positiva para Parvovirus B19 y positividad para Antitransglutaminasa IgA tisular y antiendomiso en dos muestras por encima de >10 UI/ml. Se deriva a Unidad de Gastroenterología donde se confirma diagnóstico de EC.



Figura 1. De esta forma se evidencia la inflamación parotídea que inflama por tercer episodio B19 que forma parte de la inflamación parotídea juvenil, ecografía de la glándula parotídea inflamada coincidente al caso.

Conclusiones/Comentarios

La PRJ es una afección benigna. Es la segunda enfermedad infantil más común de las glándulas salivales después de las paperas. Suele mejorar en la adolescencia o adultez. Sin embargo, algunos casos pueden evolucionar a daño glandular crónico o ser la manifestación de otras enfermedades sistémicas como la EC. Su diagnóstico es clínico. La ecografía clínica puede ayudar en el proceso diagnóstico y el tratamiento es sintomático y de la enfermedad de base. 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

García Iglesias, Francisco. Pediatra EBAP, Centro de Salud Albaycin, Granada.

García Lara, Gracia M^a. FEA Pediatría Hospital Comarcal de Baza. Granada

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.

Resumen del caso

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

García Lara, Gracia M.^a; Martínez Rodríguez, José Emilio

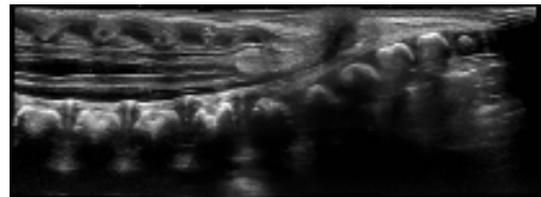
Hospital de Baza, Servicio de Pediatría

Introducción

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

GARCÍA NAVARRETE SONIA, LÓPEZ VARGAS ELENA

Hospital Universitario de Reina Sofía, Córdoba, España. Centro de Salud de Almodóvar, Córdoba, España.

INTRODUCCIÓN

Neonato de 15 días de vida que acude a la primera revisión del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria con hallazgo causal en iris izquierdo. No presentaba leucocoria ni estrabismo ni alteración en la morfología o tamaño del globo ocular. Ojo derecho sin alteraciones. Reflejo rojo bilateral conservado.

Embarazo bien controlado. Parto vaginal eutócico a las 38+3 semanas de gestación. Apgar 7/8. Ingresado en Neonatología durante 3 días por distrés inmediato al nacimiento.

No antecedentes familiares de patología oftalmológica.



Fotografía consecutiva a revisión

RESUMEN DEL CASO

La pupila del paciente no conserva su forma redondeada, sino que se encuentra deformada con desviación hacia cuadrante inferonasal por una falta del mismo, lo que se conoce como pupila en 'ojo de cerradura' u ovalada. Se trata de un coloboma de iris, entidad que tiene un diagnóstico clínico.

El coloboma es un defecto congénito raro (1.3/10.000 nacidos vivos en España) que se caracteriza por el cierre incompleto de estructuras del globo ocular durante el período embrionario. La localización más frecuente es en el iris y el defecto puede ser unilateral o generalmente bilateral, asociando o no fotofobia y/o microftalmia.

Se puede asociar con un coloboma en otras regiones oculares como en párpados, cuerpo ciliar, zónula, coroides, retina que puede presentarse como leucocoria o nervio óptico y con síndromes malformativos congénitos complejos, a destacar el síndrome CHARGE (Coloboma, defectos cardíacos, atresia de coanas, anomalías genitourinarias y auditivas), de Kabuki, de Mowat-Wilson o de Joubert. Para ello, se debe realizar una exploración física completa y rigurosa.

La mayoría son esporádicos, aunque algunos son secundarios a cirugías oftalmológicas, traumatismos, infecciones, tóxicos, hereditarias, entre otras.

Se derivó a Oftalmología debido que es recomendable explorar el fondo de ojo para descartar posible afectación coriorretiniana y del nervio óptico que marcarían el pronóstico visual del paciente.

Destacar con este caso, la importancia de la revisión oftalmológica durante las revisiones del niño sano por el Pediatra de Atención Primaria como un aspecto fundamental en la salud visual y el desarrollo posterior del niño.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico es clínico.
- Se debe derivar a Oftalmología para descartar afectación visual.
- Realizar exploración física completa para descartar síndromes polimalformativos complejos.
- Importancia de las revisiones del niño sano por el Pediatra de Atención Primaria para detección precoz de múltiples patologías, entre ellas, enfermedades oftalmológicas congénitas y perinatales diagnosticadas en la exploración ocular durante los primeros días de vida.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON PLACA HIPERQUERATÓSICA DESCAMATIVA EN CUERO CABELLUDO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN

GARCÍA NAVARRETE SONIA, LÓPEZ VARGAS ELENA

Hospital Universitario de Reina Sofía, Córdoba, España. Centro de Salud de Almodóvar, Córdoba, España.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en el cuero cabelludo en el paciente pediátrico son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria. Entre los diagnósticos diferenciales planteados, se encuentran la falsa tiña amiantácea, la psoriasis, el liquen plano, la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica, la tinea capitis, entre otros.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 6 años con una placa alargada de 5 centímetros x 3 centímetros, descamativa, hiperqueratósica, de color plateado y bien adherida en cuero cabelludo a nivel parietal no pruriginosa ni dolorosa de dos meses de evolución. Asocia alopecia en algunas regiones de la lesión. Resto de la exploración física sin hallazgos de interés. No antecedentes personales ni familiares de interés.

Correctamente vacunado según calendario de salud vigente.

Niega contacto con animales.

Debido a las características de la lesión, se diagnosticó de falsa tiña amiantácea sin necesidad de realizar pruebas complementarias.

El tratamiento se basa en antifúngicos como ketoconazol en champú hasta resolución del cuadro, queratolíticos suaves, a destacar ácido salicílico, hasta desaparición total de las lesiones escamosas y, si sospecha de sobreinfección, se pueden aplicar antibióticos tópicos. El paciente fue tratado con ciclopirox 2 veces a la semana y calcipotriol/betametasona gel todos los días una vez al día durante una semana reduciendo a 2-3 veces a la semana hasta resolución. No precisó antibiótico ante baja sospecha de sobreinfección.

La evolución suele ser favorable, recomendando revisiones mensuales hasta mejoría. El curso puede ser recidivante. En nuestro caso, se realizaron controles periódicos mensuales donde se comprobó la eficacia del tratamiento con curación completa al mes y medio, recuperando zonas de alopecia. No ha presentado recidivas hasta el momento.



Fotografías de la lesión cutánea en cuero cabelludo. |

CONCLUSIONES

- Entidad a sospechar en lesiones descamativas en cuero cabelludo.
- El diagnóstico es clínico. Se debe realizar un amplio diagnóstico diferencial de otras causas más frecuentes en la práctica diaria.
- El tratamiento se basa en antifúngicos tópicos, queratolíticos suaves y antibióticos tópicos si sospecha de sobreinfección.
- Se aconsejan controles periódicos hasta resolución de la lesión.



QUÉ SON ESAS MANCHAS QUE TIENE MI HIJA

García Peces Paloma, Garrido Torrecillas Francisco Javier

UGC Churriana de la Vega

INTRODUCCIÓN

La mastocitosis es una enfermedad infrecuente, cuya prevalencia es de 9 casos por cada 100.000 habitantes. Comprende un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la acumulación de mastocitos en la piel, médula ósea y tracto gastrointestinal. La mayoría de casos en pediatría sólo presenta afectación cutánea, que se resuelve en la pubertad.

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.
- Se deriva a dermatología para valoración. Se amplía el estudio con biopsia donde se visualiza un infiltrado perivascular y perianexial rico en mastocitos (>50 mastocitos/mm²), con escasos eosinófilos, concordante con mastocitosis. Estudio genético C-KIT negativo.
- **Control analítico** con triptasa sérica 5,8 ng/mL y hemograma y bioquímica normales.
- **Juicio clínico:** Mastocitosis maculopapular
- **Tratamiento:** Antihistamínicos orales a demanda y seguimiento periódico con monitorización de triptasa.



CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Existen distintas formas de mastocitosis cutánea: maculopapular o urticaria pigmentosa, mastocitosis en placas, nodular o mastocitoma, mastocitosis cutánea difusa y mastocitosis cutánea telangiectásica. La maculopapular engloba un 80% de los casos y 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.

Se han descrito formas familiares en un 2-4% de los casos, relacionados con mutaciones germinales en el gen c-kit.

El diagnóstico es clínico, siendo patognomónico el signo de Darier, positivo en más del 90% de los casos. Debemos realizar un hemograma, bioquímica completa 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 de afectación extensa y mayor riesgo de anafilaxia. En caso de duda diagnóstica, estaría indicada la biopsia cutánea.

El tratamiento es sintomático, evitando desencadenantes de la degranulación de los mastocitos (cambios bruscos de temperatura, calor, irritabilidad, fricción o toma de ciertos fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides y los anestésicos). Además, se asocian antihistamínicos, cromoglicato sódico y antagonistas de los leucotrienos.

Su pronóstico es muy bueno, con resolución espontánea de la clínica cutánea, persistiendo en edad adulta en menos de un 10% de los casos.



ESTREÑIMIENTO Y FALLO DE MEDRO

MARINA GARCÍA SANZ, IVÁN ARÉVALO RUIZ, LAURA JURADO TABARES

Hospital Reina Sofía, Córdoba.

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. 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 una posible 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.

Se realiza una radiografía de abdomen donde se evidencia dilatación del colon sigmoide con heces en ampolla rectal, sugiriendo una obstrucción mecánica baja. Ante estos hallazgos, se amplía el estudio con una ecografía abdominal. Esta descarta invaginación o alteraciones estructurales, pero muestra importante meteorismo y dilatación del marco cólico. Dado el antecedente de estreñimiento severo con mala respuesta a tratamiento convencional y fallo de medro, se sospecha enfermedad de Hirschsprung. Se continuó el estudio, encontrando hallazgos compatibles con la enfermedad en la manometría anorrectal y el enema opaco, no pudiéndose confirmar con biopsia por el momento.



La enfermedad de Hirschsprung se debe a la ausencia congénita del plexo autónomo de Meissner y de Auerbach de la pared intestinal, habitualmente en el segmento distal del colon. La presentación clínica de esta enfermedad es muy variable, con un gran porcentaje de los recién nacidos afectados presentando retraso de más de 48 horas en la eliminación de meconio, o incluso signos de obstrucción como vómitos biliosos y distensión abdominal. Sin embargo, casos leves se caracterizan únicamente por estreñimiento crónico progresivo en niños o incluso adultos. En ocasiones tienen sólo estreñimiento leve o intermitente, con episodios interpuestos de diarrea leve, retrasando 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

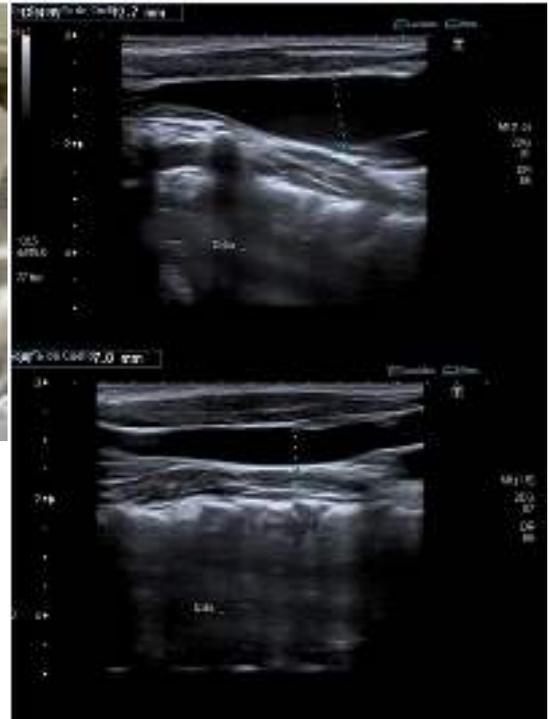
MARINA GARCÍA SANZ, JAVIER TORRES BORREGO, JOSEFINA VICENTE RUEDA

Hospital Reina Sofía, Córdoba.

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 dos años de acrodento-osteodisplasia 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, con un 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 han documentado casos en la literatura. Esto justifica una actitud conservadora, limitando el tratamiento a la observación clínica y evitando procedimientos invasivos innecesarios.

La asociación con el síndrome de Hajdu-Cheney no ha sido estudiada, ni tampoco se encuentran casos similares en la literatura, por lo que no se puede asegurar que la hiperlaxitud sea un factor de riesgo para el desarrollo de la flebectasia.

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 la tomografía computarizada, la resonancia magnética 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.**

Silvia González Garrido, Pediatra de Atención Primaria. C.S La Carlota (Córdoba); Marta Martínez Carretero, Pediatra de Atención Primaria. C.S. Zona 8, GAI Albacete; Pablo Alonso Peña, Pediatra de Atención Primaria. C.S. Huétor Tájar (Granada).

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.

En la exploración física presenta buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No tiraje ni taquipnea. Resto de exploración anodina.

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 intensivo.

**DOCTORA TENGO UN DIENTE ROSA**

González Herrero Miriam, Pavón Díaz Pablo

C.S Levantes Sur. H. Universitario Reina Sofía .Córdoba

Introducción

El fenómeno del diente rosa en pediatría es una condición que puede ocurrir por diversas causas y requiere atención odontológica. Este cambio se debe principalmente a la autodestrucción de la pulpa dental, donde la hemoglobina se descompone y al filtrarse a los túbulos dentinarios da ese color rosa.

Resumen del caso

Niña de 5 años que acude a consulta por presentar un diente color rosa en molar temporal, sin trauma previo, ingesta medicamentosa ni enfermedad.

Ante este hallazgo se consulta con odontólogo del centro de salud quien descarta patología y pauta conducta expectante.

**Conclusiones / Comentarios**

La aparición de un diente rosa es debido a un proceso llamado autólisis o autodestrucción de la pulpa dental. La hemoglobina se descompone y se filtra en los túbulos dentinarios (conductos que recorren la estructura del diente) dando lugar a ese color rosa tan característico.

Puede deberse a un proceso patológico como un traumatismo, tras el cual ,los vasos de la pulpa de rompen y se filtran a la estructura del diente, si la pulpa sigue viva se puede reabsorber y volver a su color original; necrosis pulpar ; en caries avanzada puede provocar una decoloración rosada debido a la inflamación de la pulpa o simplemente deberse a una reabsorción en dentición temporal sin consecuencias ,en el que aparece un punto de color rosa en la pared de la pulpa debido a la formación de tejido de granulación.

Es crucial una atención temprana pues una vez iniciada la necrosis no es posible detener el proceso y en dentición permanente existe el riesgo de anquilosis. En dentición temporal se mantendrá una actitud expectante



NÓDULOS ESCABIÓTICOS ESCROTALES. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

González Herrero Miriam, Pavón Díaz Pablo

Levante Sur. Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción

El nódulo escabiótico es una lesión nodular de color marrón-rojizo de 2 a 5 mm muy pruriginoso. Se localiza en partes cubiertas como genitales o axilas.

Caso clínico

Niño de 8 años que acude a consulta por la presencia de dos lesiones en escroto de una semana de evolución, de unos 5 mm eritematosas y pruriginosas, resto de exploración física sin hallazgos. Ante la sospecha de sobreinfección se trata con mupirocina tópica sin respuesta. En esta segunda visita se revisa la historia clínica en el que consta tratamiento escabida por contacto familiar, sospechando nódulos escabióticos se realiza teleconsulta a dermatología que ante ausencia de otras lesiones cutáneas diagnóstica de nódulos postescabióticos y se pauta tratamiento con corticoides tópicos con desaparición de las lesiones a las dos semanas



Comentarios

Los nódulos escabióticos se han considerado como una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro o sus huevos, más que a una infección activa. Sin embargo, algunos artículos describen la presencia de ácaros o sus huevos en esas lesiones (en una serie de 27 pacientes con nódulos escabióticos biopsiados, en el 22% se encontraron diferentes partes del ácaro). Por tanto, algunos autores proponen diferenciar los términos “escabiosis nodular” (infección activa con nódulos) de nódulos post-escabióticos (reacción de hipersensibilidad) pues el tratamiento difiere. La anamnesis y la exploración física son las dos herramientas fundamentales para el diagnóstico de sarna.



GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD: UN CASO DE RAÍZ CULTURAL

GONZÁLEZ ROMERO LAURA, MANZANARES GARCÍA DIEGO, GARCÍA MOYANO ISABEL DEL VALLE

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Centro de salud Fuensanta, Córdoba.

Introducción

Los “culucos” o “tortuguillos” aparecen como comedones que evolucionan rápidamente a espículas gruesas en la espalda de los recién nacidos y lactantes que son masajeados con leche materna en dicha zona. Al dermatoscopio estas lesiones se observan como ramilletes de vello tipo lanugo, arremolinados. Estos masajes son una práctica habitual en múltiples países de Asia y América del Sur con el objetivo de calmar el llanto y la irritabilidad de los recién nacidos.

Resumen del caso

Se presenta el caso de un paciente varón de 3 meses en el que, tras ser diagnosticado de cólico del lactante, se visualizan numerosos comedones en región lumbo-sacra¹. Hijo de madre procedente de Honduras, alimentado con lactancia materna exclusiva, nacido en España sin ningún antecedente gestacional de relevancia. Consultan porque tras unos días del inicio del cuadro, dichos comedones evolucionan a pelos gruesos, parecidos a espinas, que caen de forma espontánea.

Se interrogó a la madre sobre la realización de masajes circulares con leche materna en dicha región a lo que se obtuvo una respuesta afirmativa. Al continuar la anamnesis la madre explicó que se trata de una práctica cultural habitual para aliviar las molestias gastrointestinales de los lactantes por lo que no se realizaron otras pruebas complementarias dada la evolución benigna del cuadro. Algunos autores señalan como culpable del cuadro a la fricción al realizar los masajes lo que ocasiona la congregación del lanugo, si bien su fisiopatogenia no está aún completamente esclarecida.



Imagen compatible con remolinos de lanugo conocidos como “tortuguillos”.

Conclusiones

En un mundo cada vez más global, es de vital importancia fomentar el conocimiento sobre diferentes prácticas culturales que se llevan a cabo 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.



SÍNDROME DE ARFID. LA SELECTIVIDAD ALIMENTARIA COMO ORIGEN DE UN TRASTORNO CON IMPLICACIONES NUTRICIONALES

GUARNIDO RODRÍGUEZ MARÍA DE LA PAZ, ALMAZÁN FERNÁNDEZ DE BOBADILLA MARÍA VEGA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Centro de Salud de Maracena. Distrito Sanitario Granada Metropolitano (Granada)

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) caracterizado por ingesta alimentaria insuficiente por evitación de alimentos por sus texturas, olores o colores sin preocupación por la imagen corporal (Figura adjunta). De origen multifactorial, pueden influir factores biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares. Se asocia a trastornos de salud mental (ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno del espectro autista), aunque también a patología orgánica (alergias alimentarias, esofagitis por reflujo y enfermedad celiaca). Puede ocasionar déficits nutricionales, pérdida de peso, retraso en el crecimiento e impacto en la vida social y familiar. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinar, siendo la terapia cognitivo-conductual útil para modificar las conductas evitativas.

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"> - Pérdida de peso significativa, impuesta por evitación/restricción de peso, energía o retraso en el crecimiento - Deficiencia nutricional significativa - Dependencia de alimentación parental o suplementos nutricionales - Interferencia con funcionamiento personal <p>SE DEBE MANIFESTAR EN CONTEXTO DE OTRO TRASTORNO MENTAL, la gravedad del trastorno alimentario supera la que se espera con la ansiedad obsesiva y puede haber otros síntomas adicionales.</p>	<p>Falta de alimentos disponibles o prohibición cultural alimentario aceptada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disociación de la imagen corporal - Preservación durante una situación médica concurrente o mejor explicado por un trastorno mental - Comportamientos normales del desarrollo como comida selectiva en niños o ingesta reducida en adultos

Resumen del caso

Varón de 6 años con antecedentes de trastorno de espectro autista y alergia a proteína de leche de vaca resuelta, en tratamiento con risperidona y melatonina, que acude por reducción de la ingesta, aversión y selectividad alimentaria que ocasiona una dieta restrictiva con rechazo de contacto oral con la comida y alimentario en ámbito social, sin signos de impactación ni disfagia. Destaca ingesta disminuida de agua y nula de frutos secos, leche y pescado, solo aceptando frutas y verduras trituradas. En antropometría presenta IMC 14,25 (P17, -0,94DE OMS 2006) y velocidad de crecimiento de 3,24 cm/año (<P1, -5,93DE OMS 2006), y estudio analítico sin alteraciones destacables. Sin otra comorbilidad psiquiátrica, sí presenta gran impacto psicológico en sus cuidadores. Se diagnostica de Síndrome de ARFID en su variante de variedad e ingesta limitada, inicia suplementación nutricional y es derivado a terapeuta ocupacional y salud mental, consiguiendo progresivamente reintroducción de alimentos a través de técnicas de intervención conductual.

Conclusiones

El Síndrome de ARFID es un trastorno alimentario que puede tener graves consecuencias médicas y psicológicas. Tiene una prevalencia del 50-80 % en pacientes con TEA³ y puede ser el primer síntoma que se manifieste en pacientes con trastorno del neurodesarrollo. Los pacientes suelen tener una ingesta rica en carbohidratos, dulces, texturas crujientes y/o alimentos procesados; coexistiendo de forma paralela un rechazo a las frutas (27%) y verduras (67%)⁴, ocasionando déficit de minerales, vitaminas y folatos. Es importante realizar una evaluación médica nutricional que incluya: historia alimentaria detallada, registro de ingesta, antropometría, curva de crecimiento y búsqueda de comorbilidades como alergias alimentarias o enfermedad celiaca. Requiere un enfoque integral, con énfasis en la rehabilitación nutricional y la terapia conductual.



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

Guevara Báez Daniela Carolina, Pérez Fernández Patricia, García Sanz Marina

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 salbutamol e ipratropio nebulizados, logrando mejoría clínica significativa posterior. Sin embargo, en la revaloración 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. Su mecanismo de acción se basa en el bloqueo de los receptores muscarínicos (M1-M3), lo que impide la acción de la acetilcolina en el músculo liso bronquial y genera broncodilatación. Sin embargo, 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. Es fundamental que los profesionales de salud estén familiarizados con esta reacción adversa para evitar alarmas injustificadas. Asimismo, se recomienda instruir a los cuidadores y pacientes sobre la correcta administración de la nebulización, asegurando un ajuste adecuado de la mascarilla para minimizar la dispersión del medicamento y prevenir complicaciones.



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

GUEVARA BÁEZ, DANIELA CAROLINA; ESPINOSA DE LOS MONTEROS ALIAGA CANO, NATALIA; ANTÓN GAMERO, MONTSERRAT

(Unidad de gestión clínica de pediatría. hospital universitario reina sofía. córdoba. universidad de córdoba. instituto maimónides de investigación biomédica de 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 (pediatra/adolescente), contexto clínico (proceso de transición/consulta médica), fuentes científicas (documentos de sociedades científicas, guías de práctica clínica), instrucciones claras y directrices sobre el tono (empático, inclusivo, sin tecnicismo) y la estructura que garantizase un contenido científico, accesible y adaptado sobre la importancia de la autonomía, el autocuidado y el propio proceso de transición. Se revisaron las diferentes versiones hasta elegir la definitiva
2. Desarrollo de avatares: Se crearon dos avatares, un pediatra y un adolescente, mediante la plataforma Leonardo.AI, garantizando una representación visual atractiva y accesible.
3. Producción de un video educativo: Se integró el diálogo generado con los avatares en un video 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; González Roman, Victor; Rosales Fernández, María del Mar; Montes Valverde, María del Mar; Villatoro Leiva, Elena; Ceballos Ortega, María Isabel

A,B,C,D. Residente de pediatría en Hospital Materno-Infantil de Jaén. E. Pediatra en Hospital Materno-Infantil de Jaén. F. Pediatra de Atención Primaria en Centro de Salud La Magdalena (Jaén)

Introducción

El síndrome confusional agudo consiste en la aparición brusca de una alteración del nivel de conciencia, de la atención y funciones cognitivas que puede dar 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.

El ciclopentolato es un 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

Paciente de 8 años que acude porque la notan rara tras la consulta del oftalmólogo en la que le han administrado unas gotas de ciclopentolato. Había sido remitida por ver mal de lejos. 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 conciencia. 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 / Comentarios

- 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. En casos más graves, con potencial compromiso vital, se aconseja la administración de agentes parasimpaticomiméticos anticolinesterasa como la fisostigmina.



HEMATURIA MACROSCÓPICA EN PEDIATRÍA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

Hernando Marín, Lucía. Manzanares García, Diego. Sánchez Gallego, Paloma.
Hospital Universitario Reina Sofía

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

Se presenta un 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.

Conclusiones

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. KOOLEN DE VRIES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

Lucía Hernando Marín, Diego Manzanares García.

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. No antecedentes familiares ni perinatales de interés.

Se deriva a hospital de referencia donde se realiza:

- Analítica 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 calloso.
- Estudio genético de CGH arrays: Microdelección del cromosoma 17.

Evolución del paciente:

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

Seguimiento por parte de diferentes especialistas: Neurología (EEG vigilia: Actividad focal de puntas en región central izquierda), Digestivo (Ecografía abdominal normal), Oftalmología (Distrofia de conos), Cardiología (Ecocardiograma y ECG sin alteraciones reseñables), Psiquiatría (TDAH con predominio de hiperactividad).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El Sd. Koolen de Vries es una enfermedad rara que se manifiesta desde el nacimiento y puede afectar a múltiples órganos y sistemas.

FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA PERCEPCIÓN PARENTAL DE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

JIMÉNEZ ALÉS RAFAEL, MOLINA PILARES ESPERANZA, INMACULADA GASCO FERNÁNDEZ

Centro de Salud Manuel Gallego Arroba.Puente Genil. Córdoba / Centro de Salud Brenes. Sevilla.

Introducción y Objetivos

Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia y adolescencia. Causan un importante deterioro funcional y que da lugar a sintomatología psicósomática que es un frecuente motivo de consulta. Causan un aumento de la ideación suicida y un aumento del riesgo de ansiedad en la edad adulta.

El objetivo de este estudio es evaluar si la percepción parental del nivel de ansiedad en niños adolescentes está condicionada por el tiempo compartido entre padres y adolescentes, así como los factores sociofamiliares que influyen en este tiempo compartido.

Material y Métodos

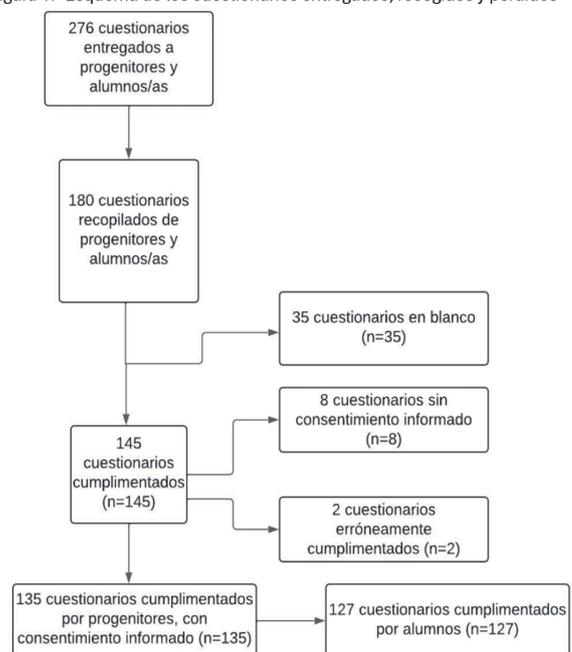
Estudio descriptivo transversal de carácter analítico, en 276 adolescentes escolarizados en 2º de educación secundaria obligatoria. Se entregó en las aulas un cuestionario validado de ansiedad (Spence Children's Anxiety Scale; SCAS) para adolescentes y progenitores, en el que se incluyeron además preguntas acerca de factores sociofamiliares. La entrega y recogida de cuestionarios se coordinó por parte de la Enfermera Escolar. El cuestionario a padres y alumnos se entregó y recogió en sobre cerrado codificado cegándoles a estos las respuestas que habían dado sus hijos, pero permitiendo emparejar a posteriori por parte de los investigadores las respuestas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa JASP.0.18.3. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de referencia.

Resultados y Conclusiones

Se recopilaron 127 cuestionarios contestados tanto por padres como por adolescentes. El tiempo que los padres dedican a hablar con sus hijos adolescentes de aquello que les interesa o preocupa no se correlacionó con la percepción de sus síntomas de ansiedad de forma global, aunque sí de algunas subescalas de ansiedad en el cuestionario SCAS. A su vez, el tiempo que la familia compartía, se correlacionó con compartir actividades de ocio, y con las horas que el padre dedica a realizar tareas del hogar, no así con los ingresos, el ayudar en las tareas escolares, el número de aparatos electrónicos de uso propio o en el cuarto.

El estudio tiene como limitación que no se alcanzó un número suficiente de respuestas y que se trata de un estudio en el ámbito de un solo centro educativo. Entendemos que sería conveniente reproducirlo en distintos lugares y con una muestra mayor, para corroborar los hallazgos y mejorar su significación. En este sentido, podría constituir un buen estudio piloto, que podría usarse como modelo, en estudios más amplios en nuestra comunidad.

Figura 1.- Esquema de los cuestionarios entregados, recogidos y perdidos



**MAMÁ, TENGO UN PUNTO EN LA NARIZ**

JURADO TABARES LAURA. GARCÍA SANZ MARINA. LÓPEZ VARGAS ELENA.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

Los quistes dermoides nasales son lesiones benignas poco frecuentes en niños . Es importante conocer su forma de presentación al requerir un diagnóstico adecuado y un manejo quirúrgico para evitar las posibles complicaciones.

Caso clínico

Paciente mujer de 6 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, valorada en consulta por presentar en línea media nasal una lesión umbilicada presente desde el nacimiento. En algunas ocasiones había asociado secreción sebácea y en otras crecimiento de varios cabellos oscura.

Se realizó derivación a dermatología por sospecha de quiste dermoide nasal. En dicha consulta se realizó inicialmente ecografía de partes blandas y posteriormente resonancia magnética objetivandos una lesión bien delimitada de 12,7 mm de eje anteroposterior , 6,8 mm de diámetro transverso y 11 mm de eje craneocaudal, situada en tabique nasal ,posterior a huesos propios, con un estigma cutáneo superficial en la raíz nasal , que era compatible con quiste dermoide de línea media.

Fue derivada a cirugía pediátrica donde ha sido valorada y actualmente se encuentra pendiente de intervención quirúrgica para su escisión.

**Conclusiones**

Los quistes dermoides son lesiones benignas congénitas que aparecen a lo largo de las líneas de fusión embrionarias de los procesos faciales o neuronales ya que se deben a un error en la migración de células ectodérmicas durante el desarrollo embrionario.

La localización más frecuente es cabeza y cuello y solo un 3-12 % se localizan a nivel nasal. No existe predisposición por género y pueden estar asociados con otras malformaciones congénitas.

Pueden ser visibles desde el nacimiento o desarrollarse progresivamente. Suelen presentarse como masas indoloras, firmes y redondeadas, localizadas en la región media o lateral de la nariz. Es característica 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 o la tomografía computarizada o resonancia magnética para una visualización más detallada y para evaluar la relación del quiste con otras estructuras anatómicas cercanas ya que pueden tener extensión intracraneal.

CUANDO LA TOS NO ES SOLO TOS EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA NEUMONÍA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

LABRADOR CARRILLO, FERNANDO, ROS GRACIA, REMEDIOS, MURIEL ZAFRA, ISABEL

HURS, Córdoba; HURS, Córdoba; C.S Levante Norte, Córdoba.

Introducción

La neumonía en la edad pediátrica puede tener una evolución impredecible, con complicaciones como atelectasia y derrame pleural, que requieren ajustes en el tratamiento antibiótico. Este caso describe la evolución de una niña de 3 años con neumonía complicada, destacando la importancia del diagnóstico temprano y la adaptación del tratamiento ante una respuesta insuficiente.

Resumen del caso

Niña de 3 años que consulta a su pediatra por tos, malestar general, vómitos aislados y fiebre de hasta 38.5°C de dos días de evolución. En la exploración, se detecta hipoventilación en el hemitórax derecho. La radiografía de tórax muestra un infiltrado en la base derecha, diagnosticándose neumonía. Se inicia tratamiento con amoxicilina oral (80 mg/kg/día) durante 7 días. Al finalizar el tratamiento, la paciente es revisada por su pediatra, mejorando clínicamente, con desaparición de la fiebre y normalización de la auscultación cardiopulmonar.



Sin embargo, 5 días después de finalizar el tratamiento, la niña acude en dos ocasiones a urgencias por reaparición de febrícula aislada y dolor torácico derecho. La radiografía revela atelectasia en el lóbulo medio derecho y

derrame pleural ipsilateral, por lo que es ingresada para tratamiento intravenoso. Se administra cefotaxima IV, azitromicina (PCR Mycoplasma +) y clindamicina, pero persiste con fiebre y reactantes elevados. El sexto día de ingreso, una tomografía computarizada muestra neumonía en el lóbulo inferior derecho y derrame pleural organizado. Se ajusta el tratamiento antibiótico a linezolid, con buena respuesta clínica. La fiebre desaparece y la paciente mejora, siendo dada de alta a los 10 días de ingreso.

Conclusiones/Comentarios

Este caso resalta la importancia de la atención primaria en el diagnóstico y manejo temprano de la neumonía en la edad pediátrica. La intervención inicial del pediatra fue clave para el tratamiento adecuado, lo que contribuyó a una mejora clínica inicial. Sin embargo, también resalta la necesidad de seguimiento cercano ante la falta de mejoría, como en este caso. La atención primaria es clave para detectar complicaciones a tiempo y derivar al paciente a atención especializada cuando sea necesario, garantizando así una mejor evolución y evitando complicaciones graves



DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Ana Belén López-Mármol a, b, Rosario Castillo-Mayén c, d, María Jesús Cortés e, Mercedes García-Ildefonso c, María Soledad Blanco c y Sofia García-Roldán c, d

a Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España. b Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España. c Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba. España. d Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). España. e Hospital Universitario reina Sofía de Córdoba. España.

Introducción/ Objetivos

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en la infancia o adolescencia suele generar un alto impacto emocional tanto en la persona diagnosticada como en su familia, pudiendo dificultar la adaptación y manejo adecuado de la enfermedad si no se actúa eficazmente. Ante esta nueva condición de salud, y desde el momento del ingreso o notificación del diagnóstico, tanto familia como menor reciben la atención sanitaria del equipo de especialistas, quienes les brindan un importante apoyo y les aportan toda la información sobre la enfermedad y las nuevas pautas que tendrán que incorporar para el manejo de la DM1. Sin embargo, se considera necesario incluir la atención a las necesidades psicológicas y emocionales que surgen en las familias ante el diagnóstico de esta enfermedad crónica en su hija/o, pudiendo ofrecer así una atención sanitaria integral. Por ello, se ha desarrollado un programa de atención psicológica para las familias en el momento del debut diabético de su hijo/a con el objetivo de, en primer lugar, amortiguar en lo posible el impacto psicológico que supone conocer dicho diagnóstico y, en segundo lugar, acompañar durante los primeros momentos tras el diagnóstico, procurando así facilitar la aceptación, adaptación y posterior manejo de la enfermedad.

Métodos

El programa propuesto consta de dos-cuatro sesiones de unos 40-60 minutos, primando su adaptación flexible a las circunstancias de cada caso clínico. Las dos primeras sesiones se centrarán en establecer un primer contacto con la familia y ofrecer soporte y apoyo psicológico, facilitando la expresión emocional, atendiendo la reacción de duelo y procurando el restablecimiento emocional. Se evaluará también el impacto de la noticia y se explorará la red de apoyo social próxima. En las dos últimas sesiones, el objetivo será ofrecer pautas para comenzar a afrontar y manejar la enfermedad mediante la psicoeducación y el desarrollo de estrategias de regulación emocional, autoeficacia y autocuidado, entre otras.

Se espera que la aplicación de este programa logre una reducción más rápida del impacto psicológico generado por el diagnóstico, tanto a nivel individual como familiar, así como una mejora en la autoeficacia para el manejo de la DM1, la calidad de vida y el bienestar psicológico de madres y padres de menores con DM1.

Conclusión

Incluir este programa de atención psicológica en el momento del diagnóstico podría mejorar la adaptación y posterior manejo de la DM1 tanto en familias como en menores.



LA IMPORTANCIA DE LA SATISFACCIÓN VITAL EN LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ENDOCRINA UN ESTUDIO LONGITUDINAL

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

a Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España. b Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España. c Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España. d Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España. e Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción y objetivos

Debido a la alta prevalencia de la obesidad infantojuvenil se requieren de investigaciones que favorezcan su abordaje. Con un enfoque biopsicosocial, diversos estudios han vinculado aspectos psicosociales y conductuales con el control de variables antropométricas y biomédicas. Un grupo de variables protectoras son aquellas vinculadas con el bienestar emocional, la positividad y la satisfacción vital (SV). Por tanto, pretendemos explorar las implicaciones de la SV en las conductas saludables y el índice de masa corporal (IMC) de menores con dificultades en el control del peso.

Métodos: 168 menores entre 6-17 años [Media (M) = 11.25, Desviación estándar (DE) = 2.23] fueron evaluados longitudinalmente con autoinformes en tiempo 1 (T1), realizándose una segunda evaluación (T2) sobre los 6-12 meses en 84 menores, y obteniéndose su IMC en 151 menores (M = 29.90, DE = 5.13). Los autoinformes se administraron a través de una tableta digital en sus citas a la unidad de endocrinología pediátrica, evaluándose la SV, la adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y la frecuencia de actividad física (FAF). Se aplicaron análisis de correlación, y análisis de regresión lineal simple, siendo la SV en T1 la variable independiente, y las variables dependientes la SV, la ADM, la FAF y el IMC en T2.

Resultados: la SV en T1 correlacionó de forma más significativas con el resto de variables en T2 en comparación con la SV en T2. Los resultados de las regresiones mostraron que la SV en T1 era un predictor significativo en T2 de la SV [B estandarizado (estd.) = .55, $p < .001$], de la ADM (B estd. = .28, $p = .012$), y del IMC (B estd. = -.21, $p = .011$); pero no de la FAF, aunque sí parece haber una predisposición (B estd. = .21, $p = .053$).

Conclusiones

Cabe destacar las limitaciones existentes ante el reducido número de sujetos que realizan una segunda evaluación psicológica, y la necesidad de considerar otras variables. No obstante, parece ser que la SV es un factor protector para posteriores medidas en hábitos de vida saludable y el IMC. Por tanto, considerar el bienestar de los menores en las primeras sesiones de consulta en el servicio podría ser relevante, ya que podría vislumbrar las posibles trayectorias en los resultados de los menores.

ECCEMA MUSICAL: SECRECIÓN UMBILICAL INESPERADA EN UN JOVEN CLARINETISTA

Manzanares García Diego, Ortiz Mesa M^a Elena, González Romero Laura, García Moyano Isabel del Valle, Sánchez Bautista Ana Isabel, Montes Peña Montserrat.

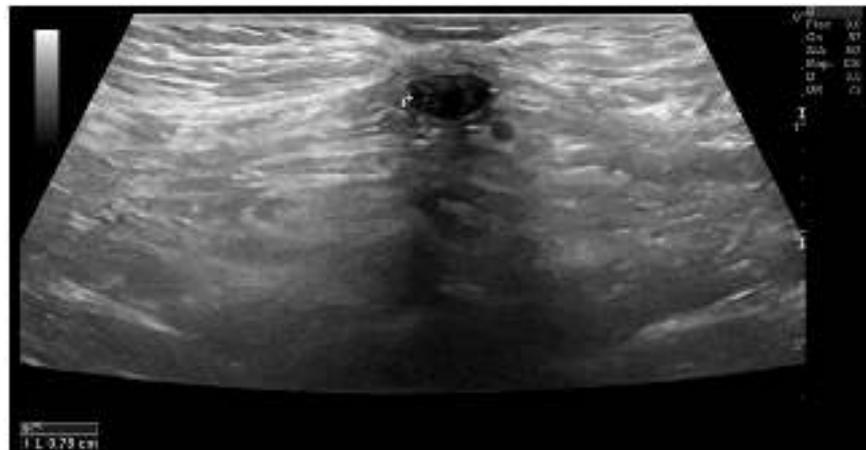
3 primeros: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España; 3 últimos: Centro de Salud Fuensanta, Córdoba.

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.

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 13 años que comenzó a manifestar secreción umbilical transparente y eccema periumbilical, cuyos síntomas coincidían y empeoraban tras las clases de clarinete. El paciente no presentó fiebre, dolor abdominal ni antecedentes de infecciones del tracto urinario ni onfalitis. La exploración umbilical evidenció eccema periumbilical sin signos de sobreinfección y, al comprimir la zona, se observó la exudación de líquido transparente no purulento. Se realizó un cultivo de la secreción, cuyo resultado fue negativo. Ante la persistencia del cuadro, se procedió a realizar una ecografía abdominopélvica, en la que se identificó una estructura quística de aproximadamente 8 mm¹, compatible con una anomalía congénita del uraco, sin definirse con precisión su origen.



1. Imagen ecográfica compatible con lesión quística de uraco.

Se realizó un cultivo de la secreción, cuyo resultado fue negativo. Ante la persistencia del cuadro, se procedió a realizar una ecografía abdominopélvica, en la que se identificó una estructura quística de aproximadamente 8 mm¹, compatible con una anomalía congénita del uraco, sin definirse con precisión su origen.

Conclusiones

Este caso resalta la importancia de incluir en el diagnóstico diferencial las anomalías del uraco en pacientes pediátricos con secreción umbilical crónica, especialmente cuando no se evidencian signos de infección. La relación temporal y el empeoramiento de los síntomas tras las clases de clarinete sugieren que el aumento de la presión intraabdominal pudo favorecer la manifestación del quiste. La ecografía, al ser un método no invasivo y eficaz, permitió la identificación temprana de la anomalía, orientando el manejo. En ausencia de complicaciones como infección o crecimiento del quiste, se recomienda un seguimiento clínico y ecográfico, reservándose la intervención quirúrgica para los casos sintomáticos persistentes o complicados.

**SE QUEDA ENSIMISMADO... ¿DÉFICIT DE ATENCIÓN O CRISIS DE AUSENCIA?**

MANZANARES GARCÍA, DIEGO; HERNANDO MARÍN, LUCÍA; PÉREZ ORTÍZ, LUCÍA; GONZÁLEZ ROMERO, LAURA; CANTADOR LÓPEZ, IRENE; GARCÍA MOYANO, ISABEL DEL VALLE.

Primeros 5: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba, España); Última: Centro de salud Fuensanta (Córdoba, España).

Introducción

Los trastornos del aprendizaje son una consulta frecuente en pediatría de atención primaria y pueden tener causas neurológicas subyacentes. La epilepsia de ausencia, caracterizada por episodios breves de desconexión sin pérdida del tono muscular, suele confundirse con inatención, retrasando el diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico

Niño de 8 años con bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración y antecedentes de acoso escolar. Había sido evaluado por orientación educativa, psicología y pediatría, identificándose alteraciones en funciones ejecutivas sin hallazgos neurológicos relevantes.

Durante una consulta en atención primaria, la madre comenta que últimamente ha notado al niño "más en su mundo". Relata que, en ocasiones, mientras hace los deberes, se queda inmóvil, con la mirada fija, sin responder cuando le llaman. En una ocasión, se le cayó el lápiz de la mano y, al preguntarle por qué no contestó, el niño insistió en que él seguía haciendo la tarea y que su madre nunca le había llamado. Estos episodios duran pocos segundos y tras ellos continúa con normalidad, sin confusión posterior.

Ante la alta sospecha de crisis de ausencia, se realiza una maniobra de hiperventilación en consulta, desencadenando un episodio típico. Se solicita un electroencefalograma, que muestra el patrón característico de epilepsia de ausencia con descargas de punta-onda generalizadas a 3 Hz. Con el diagnóstico confirmado, se deriva a neuropediatría, donde se inicia tratamiento antiepiléptico, logrando el control de los episodios y mejoría en el rendimiento académico y social.

Conclusiones/Comentario

Este caso ilustra la clínica típica de la epilepsia de ausencia y la importancia de diferenciarla de otros trastornos del aprendizaje. Las crisis pueden pasar desapercibidas, ya que el niño no muestra confusión posterior y el entorno las interpreta como distracción. La hiperventilación en consulta es una herramienta sencilla y útil para confirmar la sospecha clínica. El pediatra de atención primaria desempeña un papel clave en la detección precoz, permitiendo un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado que mejoren la calidad de vida del niño.



SÍNDROME DE WILKIE EN UNA ADOLESCENTE UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Manzanares García Diego, Ortiz Mesa M^a Elena, Romero González Laura, Montes Peña Montserrat, Sanchez Bautista Ana Isabel, García Moyano Isabel del Valle.

3 primeros: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. Centro de Salud Fuensanta, Córdoba.

Introducción

El síndrome de Wilkie, o síndrome de la pinza aortomesentérica, es una causa rara de obstrucción duodenal alta, más frecuente en mujeres jóvenes y asociada a pérdida de peso rápida, crecimiento acelerado y escoliosis. Su presentación clínica es inespecífica e incluye náuseas, vómitos postprandiales y dolor epigástrico, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico y a confusión con otras patologías digestivas y funcionales.

Caso clínico

Adolescente mujer de 13 años sin antecedentes de interés que consultó por náuseas y vómitos postprandiales de tres días de evolución, persistentes durante dos semanas sin repercusión en el peso ni en la exploración física. Posteriormente, presentó dolor epigástrico que mejoraba en decúbito lateral izquierdo y genupectoral, lo que aumentó la sospecha de síndrome de Wilkie.

Ante la posibilidad de reflujo gastroesofágico (RGE), dispepsia funcional o etiología psicógena, se inició tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, procinéticos e IBP durante tres semanas, sin mejoría. La analítica fue normal. Se realizó ecografía abdominopélvica con medición del ángulo aortomesentérico de 16°, compatible con el diagnóstico. Se instauró tratamiento conservador con comidas fraccionadas, aumento del aporte calórico y posicionamiento postprandial adecuado, con resolución progresiva de los síntomas sin necesidad de ingreso ni cirugía.

Conclusiones

El ángulo aortomesentérico normal es de 25°-60°, considerándose diagnóstico cuando es menor de 22°. Aunque la ecografía puede sugerir el diagnóstico, la TAC con contraste es la prueba de elección. El tratamiento inicial es conservador e incluye alimentación hipercalórica fraccionada y medidas posturales. En casos graves o con repercusión nutricional, se requiere nutrición enteral mediante sonda nasoyeyunal antes de considerar cirugía, que se reserva para casos refractarios. Este caso resalta la importancia de considerar el síndrome de Wilkie en el diagnóstico diferencial de vómitos persistentes en adolescentes con pérdida de peso reciente o crecimiento acelerado, ya que el tratamiento precoz puede evitar complicaciones y hospitalización.

**APENDAGITIS EPIPLOICA: LA GRAN SIMULADORA**

Martínez Carretero, Marta, Alonso Peña, Pablo, González Garrido, Silvia, Mesa Ciruelo, María
CS Zona 8, Albacete. CS Huetor-Tajar, Granada. CS La Carlota, Córdoba. 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 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, siendo 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 excelente.



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

Martínez Carretero, Marta, González Garrido, Silvia, Alonso Peña, Pablo, Mesa Ciruelo, María

CS Zona 8, Albacete. CS La Carlota, Córdoba. CS Hueter-Tajar, Granada. MIR-Pediatría. HUVN, Granada

INTRODUCCIÓN

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.

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 pétreo, 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).

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, Martínez de la Ossa Sáenz-López, Rafael

Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves, Granada, Centro de Salud Huero-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, Gutierrez Parejo, Rosa, Rosales Fernández, María del Mar, Montes Valverde, María del Mar.

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

Introducción

La adenitis tuberculosa es la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento antituberculoso 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 en la mayoría de los casos 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 de edad 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 tuberculosis y estudio de contactos resultando Mantoux mayor de 15 mm en varios miembros de la familia. Entre las pruebas complementarias, se realiza radiografía de tórax normal, ecografía cervical con bultoma submandibular derecho con aspecto de adenopatía necrosada y tomografía axial computarizada de cuello y tórax normal. Ya establecido el diagnóstico de adenitis tuberculosa con IGRA positivo, se inicia tratamiento con nueva medicación ajustada al peso con 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 tuberculosis dentro del diagnóstico diferencial.
- Las nuevas formulaciones en comprimidos dispersables de fármacos antituberculosos de primera línea en la enfermedad tuberculosa 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 enfermedad tuberculosa en Pediatría debe realizarse de forma exhaustiva y puede realizarse de forma interdisciplinaria.

**ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE ERES, APP PSICO-EDUCACIONAL PARA MENORES CON DT11**

MACARENA MORENO BALSERA A, B SOFÍA GARCÍA ROLDÁN C, D, CONCEPCIÓN MUÑOZ-SOSA C, D, JOAQUÍN VILLAÉCIJA C, D, BÁRBARA LUQUE C, D Y SEBASTIÁN RUBIO GARCÍA C, E

a Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España. b Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España. c Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España. d Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España. e Departamento de Didácticas Específicas, Universidad de Córdoba, España.

Introducción

La Diabetes Tipo 1 (DT1) afecta a más de 17 mil menores en España. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinar en el que la pediatría juega un papel fundamental, no únicamente para supervisar el tratamiento médico, sino también acompañar a los pacientes y sus familias, brindando orientación y apoyo. A lo largo de los años, el desarrollo de aplicaciones móviles para la gestión de la DT1 se ha centrado principalmente en la monitorización de los niveles de glucosa en sangre. Sin embargo, en los últimos años se ha destacado la importancia de abordar la enfermedad promoviendo estrategias que fortalezcan la percepción de autoeficacia de los pacientes, dado el impacto que el diagnóstico y el tratamiento pueden tener en su calidad de vida. En línea con el auge de las tecnologías de la salud digital (eHealth), se ha desarrollado la aplicación móvil ERES (Entrenamiento en Regulación Emocional Saludable). Esta herramienta psico-educacional, forma parte de un programa de intervención semipresencial con una duración de ocho semanas, basado en estrategias de carácter cognitivo-conductual. Su función, además de facilitar la gestión de la enfermedad, es ofrecer herramientas para la regulación emocional, promoviendo así un mejor bienestar psicológico en los niños, niñas y adolescentes con DT1.

Objetivo

Nuestro estudio descriptivo tiene como objetivo 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, donde pudieron acceder a distintas actividades y recursos diseñados para fomentar el desarrollo de habilidades de autoeficacia y regulación emocional. Los resultados fueron recopilados mediante el registro del uso de la app (accesos, tiempo empleado y análisis de sesiones).

Resultados

Los hallazgos indicaron que ERES es una herramienta con un buen nivel viabilidad, con una tasa de uso del 67.86%. La sesión con más accesos fue la segunda, y el recurso más visitado fue el vídeo en formato TikTok, seguido de las presentaciones en formato Instagram.

Conclusión

ERES ha demostrado ser un recurso útil en este tipo de intervención, si bien es necesario optimizar algunos aspectos, como reducir el abandono de la app. Con el respaldo de profesionales de la salud, incluyendo pediatras especializados en endocrinología y profesionales de la psicología, ERES se convierte en una buena herramienta para complementar la atención médica y psicológica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**CRIBADO NEONATAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: SENCILLO Y EFICAZ**

Moreno Balsera, Macarena, Ramírez Arenas, Magdalena, de la Bella Garzón, Ana, López Belmonte, Gema, Luque Salas Manuel, Pardo Celdrán María del Mar
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 postductal. Tiene una sensibilidad del 76.5%, una especificidad del 99.9% y un porcentaje de falsos positivos del 0.14%. Además, cuando encontramos falsos positivos, también es útil, ya que se ha valorado que de estos el 21% presentaba trastornos de adaptación circulatoria y el 79% alteraciones médicas que precisaban intervención médica urgente (TTRN, sepsis neonatal...), por lo que también nos pone alerta.

El cribado precoz (<24 horas) es recomendable sobre un cribado tardío (>24 horas), siendo más eficaz cuando se realiza en las primeras 12 horas de vida (nivel de evidencia B)

Cómo hacemos el cribado en nuestro centro: con la medición de saturación de oxígeno pre y postductal 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 rango de sensibilidad a saturaciones de oxígeno bajas.

Si la saturación es mayor de 95 % en mano derecha o pie y <3% de diferencia entre mano derecha y pie, el cribado es negativo. Si la saturación es <90% en mano derecha o pie, el cribado es positivo por lo que se requiere evaluación clínica inmediata y ecocardiografía. Si nos sale en rango intermedio: Saturación 90-94% en mano o pie derecho es un cribado indeterminado por lo que se repite en 30 minutos y se requiere exploración clínica pero aún no solicitamos ecocardiografía. Si al repetirlo sale negativo, no hacemos nada más. Si sale positivo solicitamos ecocardiografía. Si continua indeterminado lo consideramos positivo y solicitamos ecocardiografía. El tiempo empleado es de 5.5 a 9 minutos por niño.

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

MORILLAS MINGORANCE, ÁNGEL, GARACH GÓMEZ, ANA, GUTIÉRREZ GARCÍA, IVÁN, MONEREO MORENO, ISABEL, SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO, FRANCISCO JAVIER, MALDONADO LOZANO, JOSÉ Zaidín Sur, Granada

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.

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.

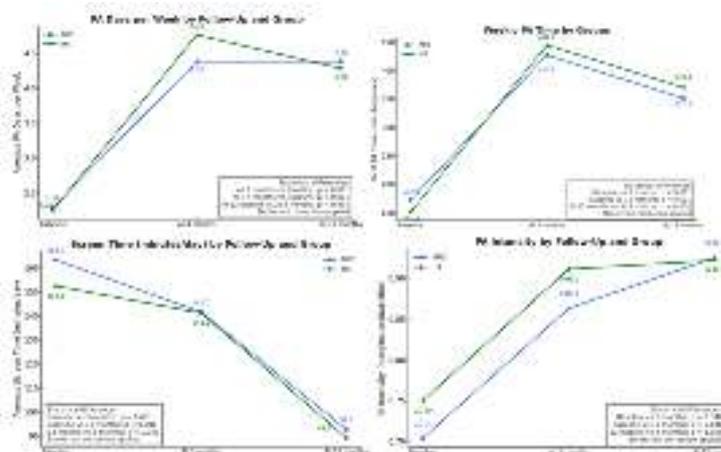


Figura 1. Evolución temporal del tiempo de AF, días de AF con intensidad, TP e intensidad de AF, medidas antropométricas previstas para los grupos de intervención y control.

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.



A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DEL CASCANUECES

A ELENA ORTIZ MESA, B DIEGO MANZANARES GARCÍA, C MONTSERRAT MONTES PEÑA, T A, D ANA ISABEL SÁNCHEZ BAUTISTA, E ISABEL VALLE GARCÍA MOYANO, F MONTSERRAT ANTON GAMERO, A B-MIR PEDIATRÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ESPAÑA -C-E. PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD DE LA FUENSANTA. CÓRDOBA. F NEFROLOGIA INFANTIL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. 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 su drenaje normal en la vena cava inferior. Es una causa de hematuria, varicocele izquierdo, y proteinuria ortostática. El diagnóstico se confirma inicialmente con ecografía Doppler. El tratamiento en la infancia suele ser conservador.

Caso Clínico

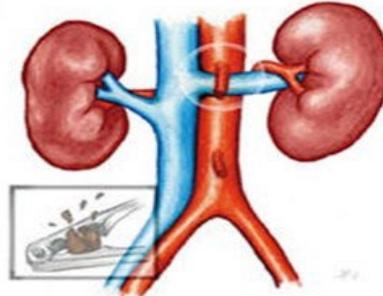
.Paciente de 13 años que consulta por polaquiuria aislada desde hace 5 días. No Antecedentes personales ni familiares de interés salvo actividad deportiva intensa.

.Exploración física, tensión arterial y glucemia capilar normal.

Tira de orina: 4 + de proteínas

Densidad 1025 Resto normal.

.Exploraciones Complementarias: Urocultivo negativo. Sedimento urinario normal. Determinación primera orina de la mañana cociente Proteinuria/ Creatinuria(Prot: Creat) : 0.35 mg/mg). A las 48 horas de inactividad actividad Cociente Prot/Cret; 0.27mg/mg). Se contacta con nefrología infantil y se amplía estudio con función renal, serologías y autoinmunidad negativo. En control posterior remisión de proteinuria. Por sospecha de Síndrome de cascanueces, se solicita ecografía Doppler objetivando compresión de la vena renal izquierda a su paso por la pinza aortomesentérica, con dilatación retrógrada de la misma, confirmándose el diagnóstico. Se remite a nefrología para continuar 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 es una causa muy frecuente de proteinuria asintomática e intermitente en la infancia, suponiendo hasta un 75% de la proteinuria en los adolescentes. Su diagnóstico exige la normalización 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 exploración de elección inicial ante la sospecha de esta patología, aunque la prueba de oro es la venografía retrógrada reservada para casos complejos. En menores de dieciocho años, el manejo suele ser conservador con control de hipertensión, estando reservado el tratamiento quirúrgico en casos de sintomatología persistente y grave.

La proteinuria relacionada con el ejercicio, bien aislada, como en nuestro caso, o asociada a hematuria o dolor abdominal, debe hacernos incluir el Síndrome de Cascanueces en el abordaje diagnóstico de la misma



A PROPÓSITO DE UN CASO: IMPÉTIGO NEONATAL

AUTORES: A Elena Ortíz Mesa, B Montserrat Montes Peña, C Diego Manzanares García, D Isabel Valle García Moyano, E Ana Isabel Sánchez Bautista. A-D-E. PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD DE LA FUENSANTA. CÓRDOBA. ESPAÑA. B-C. MIR-PEDIATRÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ESPAÑA. Córdoba

Introducción

El impétigo es la infección primaria superficial de la piel más frecuente en niños. Existen dos presentaciones, la no ampullosa o costrosa (más común, ocasionada por *Streptococcus pyogenes*/*Stafilococcus aureus*, *S. aureus*) y la ampullosa, ocasionada por *S. aureus*. De diagnóstico clínico, confirmado por cultivo de la lesión, el tratamiento inicial es tópico, salvo cuando hay lesiones generalizadas o paciente vulnerable, en el que se indica tratamiento sistémico, de elección cefadroxilo o amoxicilina /clavulánico.

Caso Clínico

Neonato a término de 6 días de vida que consulta por presentar desde hace 8 horas varias lesiones ampullosas en hipogastrio, borde umbilical (fig 1) y nalga.

No presenta antecedentes familiares de interés. Embarazo controlado y bien tolerado. Parto eutócico, SGB negativo. Recibe lactancia artificial, con buena ingesta.



Figura 1



Figura 2

Presenta buen estado general, con resto de exploración normal y sin afectación de mucosas.

Ante la sospecha de impétigo ampullosa, se realiza cultivo de la lesión y por la edad del paciente se remite a Hospital, quedando ingresado durante 48 horas en Unidad Neonatal para observación e inicio de tratamiento tópico con mupirocina. Reingresa a los 10 días de vida por progresión de las lesiones (fig 2) asociándose tratamiento iv con amoxicilina clavulánico

En el cultivo del exudado se identifica *S. aureus* resistente a mupirocina y sensible a ácido fusídico conciliándose el cambio de tratamiento tópico, con resolución de las lesiones, siendo dado de alta completando 10 días de tratamiento en domicilio, sin incidencias posteriores.

Comentarios y Conclusiones

El impétigo bulloso, tal como sucedió en nuestro paciente, es la presentación más frecuente en neonatos. Se caracteriza por bullas frágiles, con predominio en cuello, tronco, extremidades, región anogenital y nalgas, dejando 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.

Entre los criterios de ingreso además de la infección sistémica grave, afectación extensa de piel y complicaciones severas, considerar también la edad menor de 3 meses.



¿ES ATRACTIVA LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LOS PEDIATRAS EN FORMACIÓN?

Partal Rodríguez Santiago(a), Valles Valverde Carla(b), Jiménez Fernández Amparo(c), Rodríguez Cueto Candela(b),
Fernández Campos María Amparo

a MIR-Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. b MIR-Pediatría. Hospital Materno-Infantil Princesa Leonor. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España. c Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. España. d Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Almería-Centro. Almería. España.

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 escaso, 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, Diego Manzanares García, Joaquín Pérez Gavilán

a MIR-Pediatría Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. b MIR-Pediatría Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. c Pediatría de Atención Primaria. Centro de salud de Adamuz. Córdoba. España.

Introducción

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

En los últimos años se han identificado más de 30 alteraciones genéticas y moleculares que dan lugar a una disregulación del sistema inmune innato, lo que conlleva a la sobreproducción y liberación de mediadores proinflamatorios.

Los más frecuentes son: la fiebre mediterránea familiar (FMF), el síndrome asociado al receptor del TNF (TRAPS), la deficiencia de mevalonatinasa/síndrome de hiper-IgD (MKD/HIDS) y los síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS).

El diagnóstico es genético y el tratamiento con agentes biológicos que bloquean citocinas proinflamatorias, particularmente IL-1, ha demostrado ser efectivo en muchos pacientes.

Presentamos el caso de un lactante de 18 meses con sospecha de EAI.

Resumen del caso

Lactante de 18 meses que consulta por fiebre de hasta 39°C de 3 días de evolución. Hiperemia faríngea y adenopatías laterocervicales sin otros hallazgos. 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.

Actualmente nuestro paciente se encuentra en tratamiento con colchicina con respuesta favorable, y está en seguimiento por Nefrología Pediátrica dado riesgo de amiloidosis.

Comentarios

La fiebre en el lactante es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. Normalmente se trata de cuadros infecciosos banales, aunque no debemos olvidar la existencia de otras entidades que pueden simularlos.

El Pediatra de Atención Primaria es el que mejor conoce la historia clínica del niño, sus antecedentes familiares y su evolución en el tiempo, permitiendo identificar patrones que podrían pasar desapercibidos en evaluaciones aisladas.

Con nuestro caso queremos incidir en la importancia de la Pediatría de Atención Primaria en la sospecha de estas enfermedades, cuyo conocimiento integral del paciente y continuidad en la asistencia favorece un diagnóstico precoz y una optimización de los recursos.



IMPORTANCIA DE LA INTERFERENCIA ENTRE LAS INMUNOGLOBULINAS Y HEMODERIVADOS EN LA EFECTIVIDAD DE VACUNAS DE VIRUS VIVOS. TIEMPOS A TENER EN CUENTA

Pérez Rivera, María, Montes Valverde, María del Mar, Morales Ojeda, Laura, Gutiérrez Parejo, Rosa, González Román, Víctor, Castillejo Nieto, Cristina
Hospital Universitario de Jaén

Introducción

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica de etiología desconocida que constituye la primera causa de cardiopatía adquirida en la infancia. Ante la sospecha de Kawasaki, se debe administrar inmunoglobulinas intravenosas polivalentes (IGIV) a 2 g/kg, asociado a ácido acetilsalicílico, con el fin de disminuir las lesiones coronarias asociadas a esta enfermedad. Los preparados de IGIV polivalentes presentan anticuerpos frente a virus prevalentes en la población general, por lo que la administración conjunta con algunas vacunas de virus vivos atenuados puede provocar su inefectividad. Por tanto, no se deben administrar conjuntamente vacunas de microorganismos vivos e IGIV o hemoderivados que las contengan. La interacción de la IGIV con vacunas inactivadas es menor, de forma que no modifica el efecto de las vacunas. El intervalo que ha de transcurrir entre la administración de una vacuna de virus vivos y una posterior IGIV es de 2 a 4 semanas. Por el contrario, si administramos primero la IGIV el tiempo que ha de pasar hasta poder administrar la vacuna de virus vivos depende de la dosis de IGIV. En el caso de la dosis empleada para la enfermedad de Kawasaki, se deberá posponer la vacunación hasta 11 meses.

Resumen del caso

Paciente de 12 meses que acude a consulta de Atención Primaria para revisión del niño sano y vacunación de los 12 meses correspondiente a Triple Vírica (Rubeola, Sarampión y Parotiditis). Como antecedente destaca ingreso en Planta de Hospitalización a los 8 meses de vida por cuadro febril de 15 días de evolución con inyección conjuntival, exantema, labios fisurados y posterior descamación de pulpejos de los dedos. Ante la sospecha de enfermedad de Kawasaki, se realiza ecocardiografía en la que se observa dilatación de coronarias, por lo que se inicia tratamiento con dosis única de gammaglobulina a 2 g/kg y AAS a 120 mg/kg durante 3 días, con buena evolución clínica. Continúa con revisiones en Cardiología Infantil, en tratamiento con AAS a dosis antiagregantes, con último control sin cardiopatía ni dilatación coronaria.

Tras revisar la bibliografía al respecto, se concluye que para la dosis administrada nuestro paciente debe posponer la vacunación de la triple vírica 11 meses, vacunándose a los 19 meses.

Conclusiones / Comentarios.

Es importante conocer la interacción de la IGIV con las vacunas de virus vivos atenuados, ya que, si obviamos este dato, podemos poner en riesgo la efectividad de la vacunación en nuestros pacientes.

Inmunoglobulinas o productos sanguíneos	Dosis, mg/kg	Intervalo (meses)
Inmunoglobulinas polivalentes		
Inmunoglobulina G	0,25-2,0 g/kg, IM	0-5
	2,0-4 g/kg, IM	1
	2,0-4 g/kg, IM	6
Inmunoglobulina G humana	0,05-1,0 g/kg, IV	6
	0,05-1 g/kg, IV	11
	0,05-1 g/kg, IV	11
Productos de transfusiones sanguíneas		
Plasma y plasmales	11 ml/kg, IV	1
Seroalbumina	11 ml/kg, IV	6
Droscitos empaquetados	11 ml/kg, IV	12
Droscitos reconstituidos	11 ml/kg, IV	12
Plasma fresco	11 ml/kg, IV	11
Inmunoglobulinas específicas		
Inmunoglobulina anti-tétanos	10-15 g/kg, IV	6
Inmunoglobulina anti-difteria	2,0-4 g/kg, IM	6
Inmunoglobulina anti-tosferina	1,0-1,5 g/kg, IM	6
Inmunoglobulina anti-hepatitis A	0,1-0,2 g/kg, IM	6
Anticuerpos anti-HSV (gammaglobulina)	10-15 g/kg, IM	11

Medicine (London, England) 2011;123(12):1661-1665. doi:10.1093/med/123.12.1661. Copyright © 2011 Oxford University Press. All rights reserved. For personal use only; all rights reserved.



**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

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías hacen referencia a ganglios patológicos por alteraciones en el color y/o consistencia. Los ganglios cervicales son patológicos cuando miden > 1 cm. Una anamnesis y exploración física detalladas orientan la etiología en la mayoría de casos. Datos clínicos importante son el tamaño, velocidad de crecimiento, consistencia y tiempo de evolución, así como infecciones y/o contactos recientes. Los datos de alarma, como afectación del estado general, disfagia significativa, ausencia de mejoría tras 48-72h de tratamiento empírico, orientan enfermedad tumoral, y necesidad de estudio y derivación urgente.

Las adenopatías virales suelen ser bilaterales; las bacterianas, dolorosas y unilaterales, sin adherirse a planos profundos; las micobacterias se acompañan de eritema de la piel, mientras que los procesos malignos tienen consistencia pétreo o gomosa, adherida a planos profundos.

El tratamiento inicial sería ibuprofeno en bilaterales o unilaterales < 2 cm, y antibiótico oral en unilaterales > 2 cm y/o fiebre. Si no existe mejoría se deben iniciar pruebas complementarias, solicitando en Atención Primaria las de 1º y 2º nivel y derivando al hospital las de 3º nivel. No obstante, si hay sospecha proceso tumoral debe remitirse al paciente al hospital cuanto antes.

RESUMEN DEL CASO

Se presentan dos casos, niña de 10 años que consulta por fiebre dos semanas y tumoración laterocervical izquierda. En la exploración destacaba adenopatía submandibular izquierda de 3x3cm, eritematosa, blanda, aunque dolorosa. Ante la sospecha de adenitis cervical se extrae analítica (leucocitosis con neutrofilia, LDH 294U/l y PCR 14,6mg/L) y ecografía que evidencia adenopatías laterocervicales con pérdida de la ecoestructura, la mayor de 48x21 mm, indicándose ingreso hospitalario y antibioterapia empírica. También se realiza Mantoux y posteriormente IGRA, ambos positivos, por lo que se inicia tratamiento antituberculoso y obteniendo diagnóstico definitivo con PCR y cultivo de aspirado gástrico para *Mycobacterium tuberculosis*.

Segundo caso, niña de 5 años que consulta por bultoma en hemicara derecha, afebril. Se diagnostica inicialmente de parotiditis recibiendo tratamiento sintomático. Reconsulta tras 48 horas por empeoramiento del dolor y aumento de tamaño, iniciándose tratamiento antibiótico, y pruebas de 1º y 2º nivel. Dado el empeoramiento del dolor y velocidad de crecimiento: tamaño de 4x5 cm en 2 días, se deriva al Hospital para continuar estudio, detectándose rhabdomiosarcoma embrionario.

CONCLUSIONES/COMENTARIOS

La elevada frecuencia de las adenopatías palpables en atención primaria, 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

La tiña capitis es la manifestación más frecuente de infección por dermatofitos en niños. Puede ser inflamatoria y no inflamatoria. La variedad inflamatoria, también conocida como Querión de Celso, es el resultado de una respuesta frente a un dermatofito localizado en el cuero cabelludo.

El Querión consiste en una o varias placas eritematodescamativas, con caída o no del pelo, que evoluciona hacia una placa dolorosa con folículos abiertos y pústulas. En este tipo de tiña es característico el signo de la espumadera, que consiste en la salida de pus por los folículos de la zona de la lesión. Se puede acompañar de adenopatías cervicales y occipitales.

Resumen del caso

Niña de 3 años que consulta por lesión en cuero cabelludo de 2 meses de evolución tras contacto con gatos. Presenta lesión redondeada, de aproximadamente 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 sobre la zona se objetiva salida de secreción. Varias adenopatías (aproximadamente 1 cm de diámetro) occipitales y cervicales redondeadas, de consistencia blanda, no dolorosas y no adheridas a planos profundos.

En su país de origen había realizado tratamiento con Ketoconazol tópico e itraconazol de forma intermitente sin experimentar mejoría. Tenía realizado estudio microbiológico con aislamiento de *Microsporidium Canis*.

Ante la sospecha de Querión de Celso se inició tratamiento con Griseofulvina oral a 20 mg/kg/día que se mantuvo durante 10 semanas y Ketoconazol al 2% tópico. También se aconsejó tratamiento de 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 alopecica.

Conclusiones/comentarios

- El diagnóstico de la tiña capitis inflamatoria o Querión de Celso es fundamentalmente clínico, aunque suele ser recomendable el estudio microbiológico.
- El tratamiento de elección es la griseofulvina oral a 20 mg/kg/a de 6-8 semanas (aunque en algunos casos se puede extender su duración) por su acción fungistática. Se suele asociar ketoconazol tópico con acción esporicida que deben aplicarse también los convivientes.
- La principal secuela del querión de Celso es la alopecia cicatricial permanente.
- El conocimiento de esta patología 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 MELLITUS TIPO 1

MAGDALENA RAMÍREZ A,B, JOAQUÍN VILLAÉCIJA C,D, NAIMA Z. FARHANE-MEDINA C,D, CARMEN TABERNERO C,E, SEBASTIÁN VIVAS C,D Y BÁRBARA LUQUE C,D

a Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España. b Instituto Hispalense de Pediatría, Córdoba, España. c Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España. d Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España. e Departamento de Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca, España.

Introducción y objetivos

La diabetes tipo 1 es una condición crónica que se diagnostica fundamentalmente en la etapa infantojuvenil y que presenta múltiples consecuencias para la salud. Por esta razón, aquellos menores que conviven con ella deben enfrentarse a toma de decisiones sobre su bienestar desde edades muy tempranas, lo que implica un ajuste constante que puede afectar significativamente a su calidad de vida. El objetivo de este estudio fue explorar las posibles relaciones entre variables psicosociales y motivacionales con la calidad de vida en menores con diabetes tipo 1 usuarios del sistema andaluz de salud.

Métodos

Se utilizó un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 37 niñas y 52 niños. La variable principal utilizada, la calidad de vida relacionada con la salud, 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

Los resultados indicaron interacciones significativas: una mayor autoeficacia en el manejo de la condición y para la regulación emocional predijo una menor percepción de interferencia en la vida debido a la diabetes tipo 1. Además, una mayor autoeficacia en el manejo de la condición crónica explicó una mayor adopción de conductas de autocuidado por parte de los menores. Asimismo, una mayor positividad, junto con una mayor autoeficacia para la regulación emocional y para el manejo de la condición, se asoció con una percepción de mayor bienestar general. Finalmente, una mayor positividad mostró una tendencia a asociarse con una menor preocupación por la diabetes tipo 1.

Conclusiones

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, María Luisa Serrano Gómez, Cecilia Fernández González, Julia Carracedo Añón, Antonio González Martín, María Dolores Marrodán Serrano

1)Dispositivo de Apoyo de Atención Primaria del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. 2) Distrito Sanitario Córdoba. Córdoba. 3) Dispositivo de Apoyo Sevilla Este del Distrito Sanitario Osuna. Sevilla. España 4) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología de la Universidad Complutense de Madrid e Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (I+12), Madrid 5) Departamento de Zoología y Antropología Física, Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 6) Grupo de Investigación EPINUT, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción y objetivos

Según el estudio ALADINO 2023, la prevalencia de exceso de peso es del 36,1 % en escolares españoles entre 6 y 9 años, observándose mayor obesidad en niños que en niñas. Con el objetivo de evaluar la situación en una zona rural andaluza, se analizó la distribución de la grasa abdominal utilizando el índice de cintura-talla (ICT) en comparación con el índice de masa corporal (IMC) y se examinó la asociación entre la calidad de la dieta y la obesidad abdominal.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio semilongitudinal de escolares de 1º de primaria de una Comarca de Andalucía: 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. Se registraron peso, talla y circunferencia de cintura, siguiendo protocolos estandarizados y se calcularon IMC e ICT. La calidad de la dieta se evaluó mediante el cuestionario KIDMED, herramienta validada para medir la adherencia a la dieta mediterránea en niños y adolescentes. Se efectuaron análisis descriptivos y comparativos para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como la asociación entre los indicadores antropométricos y la calidad dietética.

Tabla 1. Diseño del estudio y prevalencia de exceso ponderal y obesidad abdominal

Año de estudio	2017	2018	2019	2023
Curso (N-observaciones)	1º primaria (85)	1º y 2º primaria (174)	1º primaria (67)	3º, 4º primaria y 1º ESO (205)
Edad de los escolares (Media ± DE)	6,37 ± 0,56	6,91 ± 0,73	6,12 ± 0,43	11,41 ± 1,04
Exceso ponderal (Diagnostizado por IMC%)	37,8	32,3	48,2	37,1
Obesidad abdominal (Diagnostizada por ICT %)	85,8	53,9	58,2	45,8

Resultados

Los hallazgos mostraron que entre el 45,9 y 65,6% de la muestra presentaba una distribución centralizada de grasa abdominal, evidenciada por un ICT elevado, mientras que las prevalencias de exceso ponderal, categorizadas mediante el IMC, oscilaron entre el 32,3 y el 37,6%, valores en línea con los reportados en el estudio nacional ALADINO. Por tanto, el ICT se reveló como una herramienta más sensible para identificar el riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre una dieta de menor calidad y el incremento en la acumulación de grasa abdominal en el seguimiento realizado en 2023.

Conclusiones

El estudio evidencia una mayor prevalencia de obesidad abdominal que de exceso de peso en los escolares estudiados, destacando la utilidad del ICT como método complementario al IMC para la detección temprana del sobrepeso y la obesidad. La relación encontrada entre la baja calidad de la dieta y el aumento de grasa abdominal subraya la necesidad de implementar estrategias nutricionales focalizadas en este grupo etario. Estos resultados apoyan la incorporación rutinaria del ICT en las evaluaciones pediátricas para posibilitar intervenciones tempranas que contribuyen a prevenir complicaciones, metabólicas y cardiovasculares.



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

Ros Gracia, Remedios. Labrador Carrillo, Fernando. Gavilán García, Inmaculada.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Centro de salud Sector Sur (Santa Victoria), Córdoba.

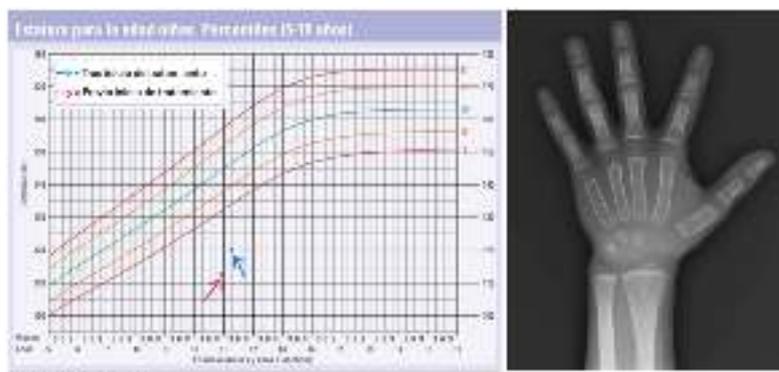
Introducción

El HC (hipotiroidismo congénito) es una de las principales causas de discapacidad intelectual prevenible en la infancia. Se produce por una alteración en la producción de hormonas tiroideas, esenciales para el desarrollo neurológico y el crecimiento. La detección precoz mediante el cribado neonatal permite instaurar tratamiento con levotiroxina en las primeras semanas de vida, evitando secuelas irreversibles. Sin embargo, la falta de acceso a este cribado puede derivar en un diagnóstico tardío, con consecuencias severas para el desarrollo infantil.

Resumen del caso

Paciente de once años procedente de Gambia que acude por primera vez al Centro de Salud para valoración por el pediatra. Como antecedentes destaca un retraso en el desarrollo psicomotor con dificultades en el lenguaje y aprendizaje. No presenta otros antecedentes patológicos relevantes ni exploraciones previas de interés. En la exploración, se observa talla baja (112.8 cm, $p < 1 - 4.93$ DE), facies tosca, piel seca y abdomen globuloso.

Se realiza una evaluación analítica que incluye hemograma y bioquímica dentro de parámetros normales, evidenciándose una TSH elevada (671 μ UI/L) y una T4 libre disminuida (0,23 ng/dL), lo que confirma el diagnóstico de HC. El estudio de autoinmunidad tiroidea resulta negativo y la ecografía revela ausencia de glándula tiroides. Además, el estudio de la edad ósea muestra un retraso significativo, situándose por debajo de los 2 años.



Tras el diagnóstico, se instaura tratamiento con levotiroxina, observándose una mejoría parcial en el desarrollo cognitivo y el crecimiento, alcanzando los 120 cm en apenas cuatro meses.

Comentarios

Este caso resalta la importancia del cribado neonatal para el diagnóstico temprano del HC. En países con programas de cribado universal, el HC se detecta y trata en las primeras semanas de vida, evitando secuelas irreversibles. Es fundamental concienciar a los profesionales sanitarios y a la población sobre la importancia de la prueba del talón, garantizando su acceso a todos los recién nacidos. Solo mediante una detección precoz se puede evitar el daño irreversible asociado al HC no tratado.



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

Ros Gracia, Remedios. López Vargas, Elena. Labrador Carrillo, Fernando.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Centro de Salud de Almodóvar. Córdoba.

Introducción

La queratolisis punctata es una entidad con diagnóstico eminentemente clínico, basándose en la presencia de hiperhidrosis, lesiones queratolíticas y bromhidrosis. Se trata de una infección cutánea por bacterias gram positivas favorecida por factores como la humedad prolongada. La instauración de un tratamiento tópico adecuado y la adopción de medidas higiénicas para prevenir recurrencias son claves en el alivio de la sintomatología.

Resumen del caso

Paciente de 6 años que acude al centro de salud por hipersudoración y mal olor podálico de una semana de evolución asociando lesiones cutáneas en ambas plantas, sin otros antecedentes a destacar. En la exploración física se objetivan lesiones ovaladas con forma de cráter en las plantas de ambos pies y pulpejos de los dedos sin asociar dolor a la palpación ni al apoyo. Entidades como la tiña plantar, las verrugas plantares o la queratodermia punctata pueden presentar manifestaciones similares, por lo que es fundamental considerar un diagnóstico diferencial. En caso de duda,



se puede recurrir a pruebas complementarias como el examen con Luz de Wood para apoyar y confirmar el diagnóstico. En este paciente, se instauró tratamiento tópico con mupirocina cada doce horas durante tres semanas presentando una respuesta adecuada sin recaídas. Otras opciones de tratamiento serían la aplicación de ácido fusídico o eritromicina; o antibioterapia oral en casos de gravedad, con una respuesta favorable generalmente sin precisar otras intervenciones. Para prevenir recurrencias, se recomienda instruir a los familiares en la adopción de medidas de higiene rigurosas, como el cambio diario de calzado y calcetines, el lavado y secado meticuloso de los pies, y el uso de calcetines de algodón.

Conclusiones / Comentarios

En conclusión, la queratolisis punctata se diagnostica clínicamente por la presencia de hiperhidrosis, bromhidrosis y lesiones queratolíticas. Este caso pediátrico evidencia que el tratamiento con mupirocina tópica y medidas higiénicas rigurosas durante tres semanas puede resultar en una respuesta clínica favorable. Se destaca la importancia de la diferenciación diagnóstica para evitar confusiones con otras entidades cutáneas y prevenir recaídas eficazmente.



FALLO DE MEDRO CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

Ruiz Arévalo, Iván; GARCÍA SANZ MARINA; NAVARRO GOCHICOA BLANCA

Centro de salud Sector Sur (Santa Victoria), Córdoba

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

Se describe el caso de un lactante de 2 meses sin antecedentes perinatales ni familiares relevantes, con cribado de metabopatías negativo. 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, hipertonía 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 DE LA DETECCIÓN PRECOZ**

Sánchez Gallego, Paloma, Gracia Alfonso, María Amparo, Hernando Marín, Lucía.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. 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 y dificultad para la percepción del color. Puede ocurrir como episodio aislado o de forma recurrente, como síntoma inicial de enfermedades desmielinizantes, especialmente de esclerosis múltiple. En niños es un cuadro poco frecuente y difiere en varios aspectos a la ON del adulto. En los niños suele existir un antecedente de infección viral previa en el 39-60%, aunque rara vez se identifica el patógeno.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente de 6 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria por pérdida de agudeza visual bilateral con la aparición progresiva de visión borrosa y disminución de la percepción de los colores, motivo por el que se deriva a hospital de tercer nivel. La historia clínica no reveló traumatismos ni infecciones previas. Al examen físico, el paciente mostraba disminución significativa de la agudeza visual bilateral asociada a papiledema. No destacan antecedentes familiares de enfermedades neurológicas o autoinmunitarias.

Tras estudio de neuroimagen (TAC craneal) se realizó punción lumbar al ingreso en planta de hospitalización, además de ecografía ocular en la que el diámetro de la vaina de ambos nervios ópticos resultó en límite alto de la normalidad.

Ante la sospecha de neuritis óptica bilateral se inició tratamiento con corticoides con metilprednisolona a 30mg/kg/día (durante cinco días), seguido posteriormente de tratamiento con prednisona oral a 1 mg/kg/día.

Se realizó resonancia magnética craneal y medular, evidenciándose captación de gadolinio en ambos nervios ópticos en las papilas, sin otras lesiones. En potenciales evocados visuales se confirmó la afectación bilateral. Se amplió el estudio etiológico solicitándose autoanticuerpos que fueron negativos, estudios de LCR que fueron normales (citoquímica, bandas oligoclonales negativas, estudio infeccioso y anatomía patológica) y serologías, resultando positiva IgM a Mycoplasma con PCR en exudado nasofaríngeo negativo, recibiendo tratamiento con levofloxacino.

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.

Comentarios

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, Paz Cerezo, Manuel, Alarcón, Patricia Mariela

Centro de Salud Victoria, Distrito Sanitario Málaga -Guadalhorce, Málaga

Introducción

La ataxia de Friedreich (AF) 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 (MCH) y diabetes mellitus.

Resumen 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 extra-sístoles 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. Dos años después, inicia sintomatología neurológica, con pérdidas de equilibrio, tendencia a lateralizar la marcha y caídas frecuentes, junto con temblor intencional. El EMG/ENG concluye que existen hallazgos compatibles con polineuropatía sensitiva axonal y el estudio genético confirma mutación en cromosoma 9 que consiste en repetición de triplete GAA, responsable de la enfermedad AF. 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.



Ilustración 1: Extrasístoles ventriculares

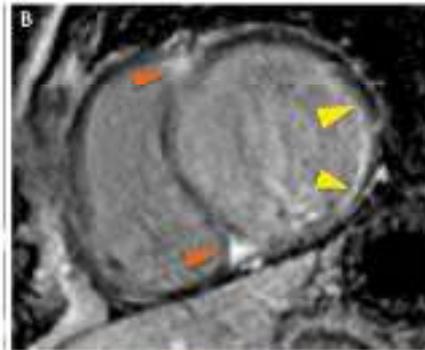


Ilustración 2: RM cardíaca que muestra fibrosis del miocardio.

Conclusiones / Comentarios

La MCH puede ser parte de enfermedades neurodegenerativas que todavía no hayan debutado, por lo que es fundamental el seguimiento de estos pacientes y el estudio genético. Ante motivos de consultas frecuentes en pediatría de AT tales como pie cavo, escoliosis, caídas frecuentes... debemos llevar a cabo una exploración neurológica completa y explicar signos de alarma.



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

VÉLEZ MORENO, EMILIA; IBÁÑEZ GODOY, IRENE; VICO MARÍN, INÉS

Emilia Vélez Moreno Pediatría Hospital San Cecilio Granada, Irene Ibáñez Godoy Pediatría Centro de Salud Almanjáyar, Inés Vico Marín Pediatría Hospital 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 1 año 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

VICO MARÍN, INÉS; ALMAZÁN FERNÁNDEZ DE BOBADILLA, MARÍA VEGA; HERNÁNDEZ-CARRILLO RODRÍGUEZ, CAROLINA; CABA MARTÍN, ENCARNACIÓN

Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Centro de Salud Maracena, Granada. Centro de Salud de Atarfe, Granada. Matrona, Centros de Salud Zaidín Centro y Realejo, Granada.

Introducción

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

Métodos

Estudio observacional prospectivo en 72 lactantes diagnosticados de anquiloglosia en siete centros de salud de atención primaria. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes familiares y perinatales, sintomatología y exploración antes y después de la frenotomía mediante cuestionarios LATCH, TABBY, Hazelbaker y escala visual analógica de dolor. Se realizó análisis estadístico con test de Student y prueba de McNemar.

Resultados

La detección de anquiloglosia fue realizada en un 52.8% por matronas y en un 38.9% por pediatras. El protocolo diagnóstico fue realizado por el pediatra y el procedimiento terapéutico fue llevado a cabo por matrona y pediatra. El motivo de consulta más frecuente fue dolor mamario (43,1%), seguido de agarre ineficaz (13,9%). Había antecedentes familiares de anquiloglosia en el 34.7% de los casos. 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. Tras la frenotomía, se observó una mejoría significativa en la puntuación de la escala LATCH (de 5,73 a 7,91; $p=0,000$) y una reducción del dolor mamario (de 2,24 a 0,50; $p=0,000$). La ganancia ponderal mejoró ($p<0,001$), mientras que la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) no mostró cambios significativos ($p=0,083$). Las alteraciones en la apariencia mamaria se redujeron significativamente ($p=0,000$), destacando la reducción de grietas en el pezón ($p=0,000$) y la dermatitis friccional ($p=0,031$). En el lactante, la cicatriz y la movilidad lingual posterior fueron adecuadas (87,8% y 98% respectivamente).

Conclusiones

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 LME. Es importante la identificación precoz mediante el uso de escalas validadas y la realización de frenotomía cuando se cumplan requisitos de impacto en lactancia para lograr una LM exitosa.

28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CÓRDOBA

14 y 15 de
marzo 2025



Asociación
Andaluza
de Pediatría
de Atención
Primaria



Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

TRABAJANDO CON EL FUTURO

M. Ranchal Montes