

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

septiembre diciembre 2024

volumen 54

número 3

SUMARIO

### CARTA AL DIRECTOR

**Miositis aguda, asociada al virus de Epstein-Barr**

M. V. Labay Matías

### ARTÍCULO ORIGINAL

**Actuación en urgencias ante ingesta de cuerpo extraño**

V. Gimeno-Hernández Garza, V. Gómez Barrena, Campos Calleja, M. Ruiz de Temiño Bravo, R. L. Fernández Atuan

### CASO CLÍNICO

**Foto-onicosis y fotodermatosis inducidas por doxiciclina**

V. Rosel Moyano, I. R. Gale Ansó

### IMÁGENES EN PEDIATRÍA

**Panadizo herpético, más allá del impétigo**

M. Peña Marco, L. Solanas Lázaro, C. Villanueva Rodríguez

### SESIONES DE LA SOCIEDAD

**Jornada científica octubre y diciembre de 2024**

Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada en sesión inaugural el 24 de octubre

Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada en sesión de Navidad el 20 de diciembre







# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Órgano de expresión fundamental  
de la Sociedad de Pediatría  
de Aragón, La Rioja y Soria

### Edita:

Sociedad de Pediatría  
de Aragón, La Rioja y Soria

Paseo de Ruiseñores, 2  
50006 Zaragoza

### Dep. legal:

M. 21. 402-1970

### I.S.S.N.:

1.696-358-X

### Imprime:

TIPOLÍNEA, S. A.

Publicación autorizada por  
el Ministerio de Sanidad  
como Soporte Válido  
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral  
(3 números al año)

**Fundador:**  
Luis Boné Sandoval

**Dirección:**  
Olga Bueno Lozano

**Secretario de redacción:**  
Antonio de Arriba Muñoz  
Avda. Isabel la Católica, 1-3  
50009 Zaragoza  
ade arriba@salud.aragon.es

### Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://spars.es/index.php/numeros/>

#### Junta directiva:

**Presidente:**  
José Luis Peña Segura

**Vicepresidenta 1.ª:**  
María Concepción García Giménez

**Vicepresidenta 2.ª:**  
María Pilar Lobera Navaz

**Secretaria general:**  
María Teresa Sánchez Andrés

**Secretaria de actas:**  
Raquel Garcés Gómez

**Secretaria de comunicación  
y redes sociales:**  
Belén Miranda Alcalde

**Tesorera:**  
Elena Sancho Gracia

**Bibliotecaria y Directora del Boletín:**  
Olga Bueno Lozano

**Vocal por Huesca:**  
Carmen Vera Bella

**Vocal por La Rioja:**  
Elena León Angos

**Vocal por Soria:**  
Saturnino Ortiz de Madinaveitia

**Vocal por Teruel:**  
José Miguel Martínez de Zabarte  
Fernández

**Vocal por Zaragoza:**  
Elena Borque Navarro

**Vocal de Pediatría Extrahospitalaria  
y de Atención Primaria:**  
Javier Sánchez Gimeno

**Vocal MIR:**  
Alejandra Mercedes Fuentes Vidal

#### Consejo de redacción:

**Directora:**  
Olga Bueno Lozano

**Secretario de redacción:**  
Antonio de Arriba Muñoz

**Consejo de redacción:**  
F. de Juan Martín  
J. Fleta Zaragozano  
M. V. Labay Matías  
A. Lacasa Arregui  
A. Lázaro Almarza  
C. Loris Pablo  
L. Ros Mar  
F. Valle Sánchez  
G. Rodríguez Martínez  
M. P. Samper Villagrasa  
G. Bueno Lozano  
C. Campos Calleja

#### Presidentes de honor:

E. Casado de Frías  
M. A. Solans Castro  
A. Sarriá Chueca  
A. Baldellou Vázquez  
M. Bueno Sánchez  
M. Adán Pérez  
A. Ferrández Longás  
J. Elías Pollina  
M. Domínguez Cunchillos  
N. García Sánchez  
G. Bueno Lozano

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL HASTA 2011  
REVISTA INDEXADA EN DIALNET DESDE 2017  
REVISIÓN POR PARES

septiembre  
diciembre  
2024  
volumen 54  
número 3

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

### SUMARIO

#### CARTA AL DIRECTOR

- 81 Miositis aguda, asociada al virus de Epstein-Barr**  
M. V. Labay Matías

#### ARTÍCULO ORIGINAL

- 83 Actuación en urgencias ante ingesta de cuerpo extraño**  
V. Gimeno-Hernández Garza, V. Gómez Barrena, Campos Calleja, M. Ruiz de Temiño Bravo,  
R. L. Fernández Atuan

#### CASO CLÍNICO

- 90 Foto-onicolisis y fotodermatosis inducidas por doxiciclina**  
V. Rosel Moyano, I. R. Gale Ansó

#### IMÁGENES EN PEDIATRÍA

- 94 Panadizo herpético, más allá del impétigo**  
M. Peña Marco, L. Solanas Lázaro, C. Villanueva Rodríguez

#### SESIONES DE LA SOCIEDAD

Jornada científica octubre y diciembre de 2024

Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada  
en sesión inaugural el 24 de octubre

Resúmenes de la sesión de comunicaciones libres celebrada  
en sesión de Navidad el 20 de diciembre

september  
december  
2024  
volume 54  
number 3

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

### CONTENTS

#### LETTER TO THE EDITOR

- 81 Acute myositis, associated to an Epstein-Barr virus  
M. V. Labay Matías

#### ORIGINAL ARTICLE

- 83 Action in the emergency room before ingestion of foreign bodies  
V. Gimeno-Hernández Garza, V. Gómez Barrena, Campos Calleja, M. Ruiz de Temiño Bravo, R.  
L. Fernández Atuan

#### CLINICAL CASE

- 90 Photo-oncolysis and photodermatosis induced by doxycycline  
V. Rosel Moyano, I. R. Gale Ansó

#### IMAGES IN PAEDIATRICS

- 94 Herpetic whitlow beyond the impetigo  
M. Peña Marco, L. Solanas Lázaro, C. Villanueva Rodríguez

#### SOCIETY SESSIONS



# Miositis aguda, asociada al virus de Epstein-Barr

M. V. Labay Matías

Consulta de Pediatría. Teruel, España.  
Pediatria Ejemplar de la Asociación Española de Pediatría. Pediatra de Honor de la Asociación Española de Pediatría

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 81-82]

La miositis es una entidad bien conocida, que se suele asociar a diversos virus. En 1990, fuimos pioneros en los últimos 35 años en su descripción, asociada al Virus Sincitial Respiratorio<sup>(1)</sup>. Posteriormente lo repetimos<sup>(2)</sup>. Todo tiene sus orígenes. Un adolescente, familiar, se despertó sin poder caminar, mientras cursaba el firmante la carrera de medicina y se recuperó en tres días sin reconocer su padecimiento. En los primeros meses de estancia en Teruel, como Jefe de Servicio de Pediatría (1986), me tocó atender un domingo a un niño de 12 años, estando de guardia localizada con una clínica similar. No supe decirles a los padres su problema de origen y los remití a Madrid, su lugar de residencia. Ello me dejó frustrado y me puse a mirar en los libros: no existía GOOGLE, y encontré una publicación muy antigua sobre un tema similar. Llamé a los padres, no existían móviles, y les comenté. Tras ello acudieron al H. I. La Paz, lo ingresaron y emitieron este diagnóstico.

La miositis, en infancia y adolescencia, es una entidad muy aparatosa, que cursa con dolor e impotencia funcional en todo el cuerpo, pero sobre todo en las extremidades inferiores. Algunos pacientes no pueden ponerse en pie y caminar, o andan con "marcha de pato". El dolor a la palpación en los bíceps y cuádriceps es muy característico. La razón por la que en estos tiempos se diagnostica más que hace muchos años, es porque a juicio del firmante, los afectados y afectadas permanecían en cama (los signos pasaban ocultos) y ahora, por las obligaciones laborales de sus padres, se escolarizan desde edades muy tempranas.

Su evolución es benigna, salvo excepciones. Hay que vigilar la función renal-urinaria y descartar otras enfermedades neurológicas<sup>(3-4)</sup>. La mioglobinuria es muy rara<sup>(1)</sup>.

Durante los últimos meses (15 de noviembre 2022-15 de marzo 2023) en esta consulta se han diagnosticado 54 pacientes afectados por el virus de Epstein-Barr, mediante serología específica, con IgM positiva. Se apreciaban fiebre, faringitis, dolor muscular y/o cansancio, "marcha de pato" en cinco, dolorimiento en zonas hepática y del bazo en todos, y hepato-esplenomegalia en quince. En una criatura, la hepatomegalia era de 8 cms., había sido visitado en cinco ocasiones y en ningún informe aparecía este hallazgo. Por mucha telemedicina que dispongamos, escuchar a los padres, mirar a los ojos y explorar, siguiendo a Hipócrates, es "lex artis". De todos ellos, mediante la analítica citada, a veintitrés, se les diagnosticó de mononucleosis infecciosa por Epstein-Barr, con CPK (creatin-fosfoquinasa) que oscilaba entre 189 y 2.300 UI y la Aldolasa, con cifras superiores a 36 UI, llegando a 310. En definitiva, padecían una miositis aguda, de la que se recuperaron en un plazo máximo de cuatro días. Todo ello se les explicó a los padres para mitigar su angustia.

Esta entidad generalmente benigna no es tenida en cuenta o diagnosticada siempre que se presenta.

Al firmante, le llama la atención el brote de infecciones por Epstein-Barr en tan corto periodo de tiempo.

**Correspondencia:** Miguel Víctor Labay Matías  
Consulta de Pediatría  
C/ Bartolomé Esteban, nº 12, 1º C  
Teléfono 978 60 56 68  
Teruel 44001

Recibido: marzo de 2023. Aceptado: abril de 2023

## BIBLIOGRAFÍA

1. Labay Matías M et al. Miositis aguda benigna asociada a infección por virus sincitial respiratorio. *An Esp Pediatr* 1990; 32: 114-5.
2. Labay Matías M, Galve Royo F, Valero Adán MT et al. Miositis aguda transitoria benigna. Un diagnóstico infrecuente en Atención Primaria. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 462-3.
3. Muñoz García M, Valverde Molina J, Díaz Lozano P, Cámara Simón M. Miositis viral aguda. ¿Es necesaria la confirmación etiológica? *An Esp Pediatr* 1998; 48: 333-4.
4. García Ros M, Núñez Giraldo A, Delgado fuertes E. Miositis viral aguda: a propósito de ocho casos. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2017; 19: 363-5.



# Actuación en urgencias ante ingesta de cuerpo extraño

V. Gimeno-Hernández Garza<sup>(1)</sup>, V. Gómez Barrena<sup>(1)</sup>, M. Campos Calleja<sup>(1)</sup>,  
M. Ruiz de Temiño Bravo<sup>(2)</sup>, R. L. Fernández Atuan<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> FEA Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

<sup>(2)</sup> FEA Cirugía Pediátrica Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2024; 54: 83-89]

## RESUMEN

En España los accidentes constituyen la tercera causa de muerte en los menores de 15 años. Los relacionados con la ingesta y la aspiración de cuerpo extraño, son los asociados a mayor morbimortalidad. El abordaje del paciente con sospecha de ingesta de cuerpo extraño, fuera de situación de riesgo vital, se iniciará con una anamnesis y exploración física. Posteriormente, en función de las características del cuerpo extraño se valorará la realización de pruebas complementarias, siendo la más frecuente la radiografía, que debe abarcar cuello, tórax y abdomen. El manejo posterior (conservador vs no conservador) vendrá determinado por la presencia de síntomas, tipo de objeto ingerido y su localización. En aquellos pacientes en situación de riesgo vital (vía aérea no permeable u obstrucción completa de tracto digestivo superior) se llevarán a cabo maniobras de desobstrucción.

## PALABRAS CLAVE

Urgencias de pediatría, ingesta de cuerpo extraño, ingesta de pila de botón, imanes.

## *Action in the emergency room before ingestion of foreign bodies*

### ABSTRACT

*In Spain, accidents are the third cause of death in children under 15 years. Among those related to foreign bodies, ingestion and aspiration are the most associated with morbidity and mortality. The approach to a stable patient with suspected ingestion of foreign body begins with a medical history and physical examination. Subsequently, depending on the characteristics of the foreign body, we will run complementary test (the most common neck, thorax and abdomen x-ray). The presence of symptoms, the type of object and its location will determine the subsequent management (conservative vs non-conservative). In those patients in a life-threatening situation (non-patent airway or complete obstruction of upper digestive tract) we should carry on the algorithm of foreign body airway obstruction.*

### KEYWORDS

*Paediatric emergencies, foreign body ingestion, button battery ingestion, magnets.*

Correspondencia: Verónica Gimeno-Hernández Garza  
Hospital Infantil Miguel Servet  
Avda. Isabel la Católica 1-3. 50009 Zaragoza  
Mail: vgimenohernan@salud.aragon.es  
Recibido: noviembre de 2023. Aceptado: febrero de 2024

En España los accidentes constituyen la tercera causa de muerte en los menores de 15 años, por detrás de las afecciones del periodo perinatal y las neoplasias<sup>(1)</sup>. Dentro de los accidentes relacionados con cuerpo extraño (CE) la ingesta y la aspiración son la principal causa de morbimortalidad, siendo la ingesta más frecuente, aunque asociada a menor mortalidad. Todo ello, ha impulsado la realización de una revisión bibliográfica en profundidad con el objetivo de protocolizar el abordaje del niño con ingesta de cuerpo extraño en urgencias.

El 75% de los casos de ingesta de cuerpo extraño ocurren en menores de 5 años. Otro grupo de riesgo son los niños y adolescentes con discapacidad intelectual o trastornos psiquiátricos, habiéndose descrito una mayor incidencia de ingesta de múltiples CE en estos pacientes. Entre los CE ingeridos con más frecuencia se encuentran: monedas (los más comunes en occidente), imanes, pilas, juguetes, joyas, botones, huesos, espinas e impactaciones alimentarias (más frecuente en niños mayores o con patología esofágica, por ejemplo: esofagitis eosinofílica, acalasia, reflujo gastroesofágico (RGE). Sus manifestaciones son variables, estando el 50% de los que consultan, asintomáticos (exceptuando aquellos con CE en orofaringe)<sup>(2)</sup>, otros pueden tener síntomas gastrointestinales, respiratorios (si se localizan en esófago) o clínica inespecífica. Del total de cuerpos extraños ingeridos, 80-90% son eliminados espontáneamente por las heces, el 10-20% requieren extirpación endoscópica y menos de un 1 % necesita cirugía<sup>(3,4)</sup>.

En la mayor parte de las ocasiones la ingesta es referida por el propio niño o visualizada o sospechada por un tercero. Sin embargo, se debe estar alerta en aquellos pacientes con síntomas compatibles, no explicados por otra causa, e interrogar al acompañante y al propio niño de la posibilidad de ingesta de CE.

En el abordaje de un niño con ingesta o sospecha de ingesta de cuerpo extraño hay que realizar, en todos los casos, una adecuada anamnesis y exploración física.

En la **anamnesis** se preguntará por:

- Antecedentes personales. Alergias, tratamientos habituales, enfermedades crónicas, cirugías previas, presencia de enfermedades del tracto digestivo.
- Grado de sospecha, ya sea por episodio visualizado por un tercero o narrado por el propio paciente o por objetivar signos indirectos.
- Tipo, tamaño y número de CE ingeridos. Se considera CE peligroso o de alto riesgo de complicaciones aquel que cumple uno de los siguientes criterios: afilado, alargado (>3 cm en lactantes, >5 cm en niños, >10 cm en adolescentes), pila de botón, dos o más CE magnéticos o uno metálico más uno magnético<sup>(5)</sup>.

–Tiempo transcurrido desde la ingesta del CE.

–Tiempo de ayuno.

–Síntomas. Los pacientes suelen estar asintomáticos en el momento de la consulta o haber presentado síntomas autolimitados tras el episodio. Los síntomas son más frecuentes si el CE es alargado o se encuentra en esófago. Debemos incidir en la presencia de síntomas:

- Agudos: tanto digestivos (babeo, disfagia, sangre en sangre en vómito o en saliva, náuseas, vómitos, rechazo de la ingesta, sensación de cuerpo extraño) como respiratorios (tos, estridor, sibilancias) como dolor (cuello, garganta, tórax o abdomen), irritabilidad o sensación de cuerpo extraño.
- Crónicos: digestivos (rechazo de la ingesta, pérdida ponderal, vómitos, sangre en vómitos o saliva, sangre en heces) o de otro tipo (retraso del crecimiento, fiebre, dolor persistente, irritabilidad).

La **exploración física** se debe realizar con cuidado ya que la agitación, los cambios posturales u otras intervenciones pueden empeorar la situación clínica. Comenzaremos con el triángulo de evaluación pediátrico (TEP) y la toma de constantes vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial). Posteriormente realizar una exploración sistemática incidiendo en:

–Área orofaríngea. Está contraindicado realizar maniobras invasivas, salvo para su extracción, en paciente inconsciente con obstrucción total, o en caso de CE enclavado a dicho nivel.

–Área cervical. Valorar eritema, tumefacción, crepitación (indicativos de perforación).

–Auscultación pulmonar. Valorar estridor, sibilancias (indicativos de compresión traqueal por CE esofágico).

–Abdomen. Valorar distensión abdominal prominente, timpanismo, ausencia de peristaltismo o peristaltismo de lucha, signos de irritación peritoneal, (indicativos de obstrucción o perforación intestinal).

Respecto a la solicitud de **pruebas complementarias**, a continuación, se indica cuáles podrían ser útiles en cada situación.

–Radiografía simple: cuello, tórax y abdomen e incluir la proyección posteroanterior y lateral. Permite objetivar directamente el CE si es radiopaco o signos indirectos de su presencia si es radiotransparente (p.ej: nivel hidroaéreo esofágico), así como signos in-

directos de perforación (aire libre en el diafragma, mediastino, retroperitoneo o en áreas subcutáneas cervicales).

Debe realizarse siempre si:

- Paciente sintomático
- Cuerpo extraño peligroso (ver listado anterior) ya sea radiopaco o radiotransparente.

Algunos protocolos indican que se puede valorar no realizarlas en los siguientes supuestos:

- Paciente asintomático, CE < 1 cm (ninguna moneda de curso legal en España mide menos), CE no afilado ni alargado, no pila de botón, no imán<sup>(6)</sup>.

–Ecografía. No hay evidencia científica suficiente disponible acerca de su aplicabilidad, pero puede utilizarse para localizar cuerpos extraños radiotransparentes, especialmente en esófago o estómago y evaluar complicaciones como abscesos o perforaciones.

–Estudios con contraste. No realizarlos de rutina ya que existe riesgo de aspiración que podría dificultar endoscopia posterior.

–Endoscopia. Indicado si:

- Signos claros de CE impactado, especialmente odinofagia o disfagia (aún con estudio radiológico negativo).
- Según tipo de CE, localización y tiempo de evolución (ver tratamiento).

–Tomografía axial computarizada (TAC) cervicotorácico o abdominal. Puede ser útil si: Se sospecha complicación asociada, alta sospecha clínica y cuerpo extraño radiotransparente con radiografía negativa, casos de presentación tardía con síntomas dudosos.

A continuación, se describe el **manejo** del paciente que consulta por sospecha de ingesta de cuerpo extraño (figura 1)<sup>(5-8)</sup>.

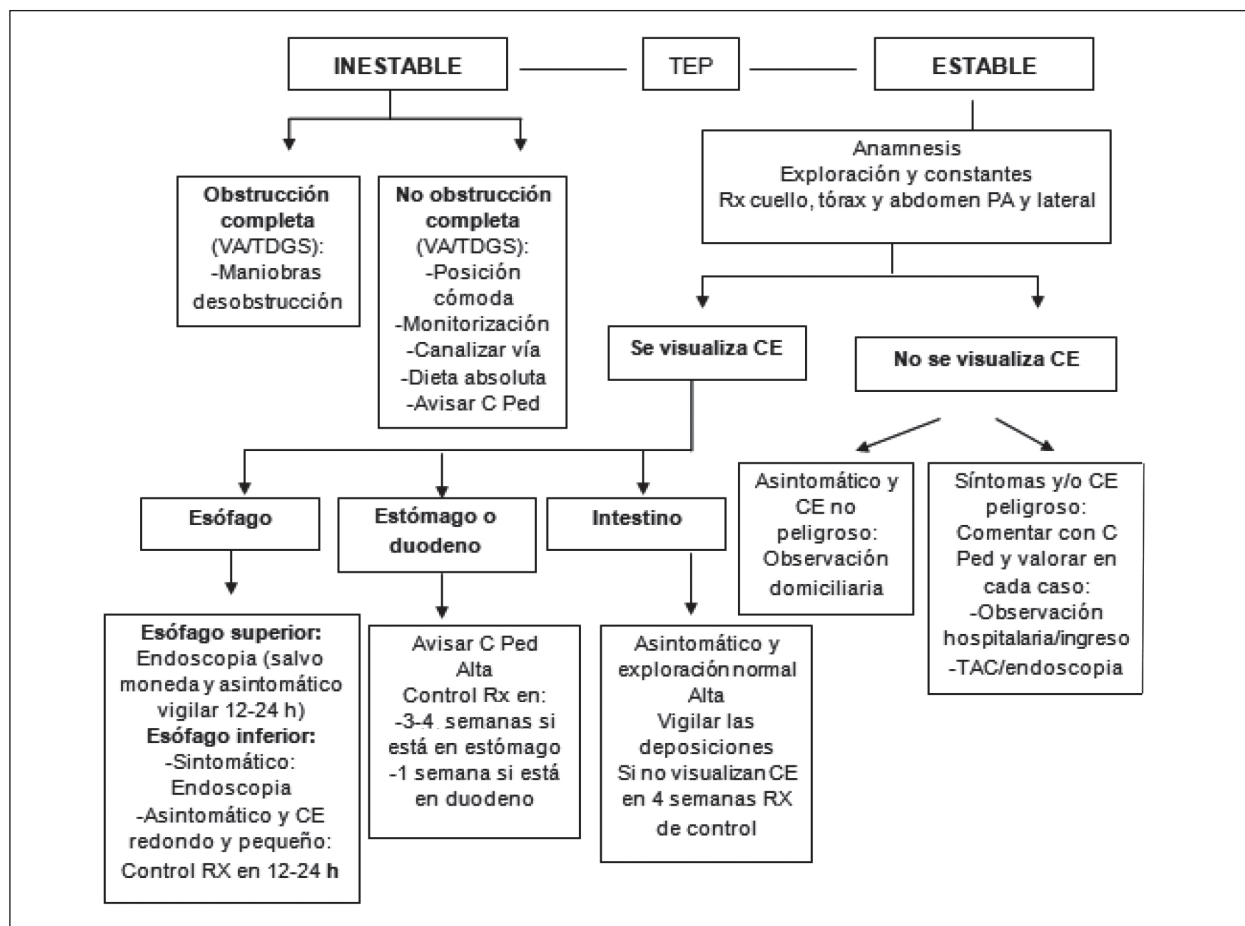


Figura 1. Algoritmo sospecha de ingesta de cuerpo extraño de urgencias pediátricas del Hospital Universitario Miguel Servet. Abreviaturas: TEP (triángulo evaluación pediátrica), VA (vía aérea), TDGS (tracto digestivo superior), C Ped (Cirugía Pediátrica), Rx (radiografía), PA (posteroanterior), CE (cuerpo extraño)

–Situación de *riesgo vital* (vía aérea no permeable u obstrucción completa de tracto digestivo superior) se realizará maniobras de desobstrucción o *potencialmente vital* con dificultad respiratoria (pero sin obstrucción completa de vía aérea o tracto digestivo superior) se colocará en posición cómoda, monitorizar (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial y electrocardiograma), canalizar vía, administrar O<sub>2</sub> al 100% y mantener en ayunas.

–Niño *consciente con respiración eficaz* donde se sospecha una obstrucción incompleta: el manejo depende de si tiene síntomas o signos en la exploración, así como del tipo, forma, localización y tamaño del CE.

- Para el manejo de CE con características específicas (monedas, pilas, imanes, objetos afilados, alargados o impactación alimentaria) además se consultará la información del apartado correspondiente.
- Tras la realización de la radiografía de cuello, tórax y abdomen posteroanterior y lateral puede haber dos situaciones:

o No se objetiva cuerpo extraño en radiografía:

- Paciente asintomático y CE no peligroso: Observación domiciliaria.
- Paciente sintomático y/o CE peligroso. Se comentará con servicio de Cirugía Pediátrica y en función del caso particular se valorará observación hospitalaria/ingreso y solicitar TAC y/o endoscopia.

o Cuerpo extraño visible en radiografía y conocemos su localización:

- En esófago: Contactar con servicio de Cirugía Pediátrica. Un CE nunca debe permanecer en esófago más de 24 horas por el riesgo de complicaciones. Los tiempos para la realización de endoscopia varían en función de:

Tipo de CE:

- Pila de botón: extracción en menos de dos horas.
- CE afilado, puntiagudo, alargado o varios CE magnéticos: extracción urgente.

Localización:

- Esófago superior: Extracción precoz por riesgo de aspiración bronquial, salvo si es una moneda y el paciente está asintomático (se

ha visto que una actitud conservadora con vigilancia durante 12-24 horas es segura y se evitan endoscopias).

–Esófago inferior:

- o Extracción urgente si está sintomático.
- o Extracción precoz si son fragmentos grandes de carne, aunque estén en el tercio inferior
- o CE redondeado y pequeño localizado en tercio distal esofágico y asintomático: actitud expectante. Repetir estudio radiológico en 12-24 h.

- En estómago y duodeno: Contactar con servicio de Cirugía Pediátrica y extraer si: síntomas, objeto afilado o punta metálica, alargado, dos o más CE magnéticos, pila de botón después de 48 horas en estómago. En el resto de los supuestos, podrá darse de alta explicando signos de alarma y debiendo realizarse control radiológico en: 1 semana en caso de objeto alojado en duodeno (si permanece 1 semana en duodeno debe extraerse) 3-4 semanas si alojado en estómago (si permanece 3-4 semanas en estómago debe extraerse).
- En intestino: Si paciente asintomático y exploración normal puede darse de alta a domicilio explicando signos de alarma. Deben revisar las deposiciones y vigilar signos de alarma, si en 4 semanas no ha aparecido el CE en las deposiciones volverán a consultar para hacer radiografía de control.

Existen determinados cuerpos extraños que por sus características particulares se describe su manejo de forma específica, como monedas, pilas, imanes u objetos magnéticos, objetos afilados, alargados y la impactación alimentaria.

Todas las **monedas** de curso legal en España miden más de 1 cm, por tanto, en todos los casos deberemos realizar radiografía de cuello, tórax, abdomen tanto posteroanterior como lateral. En función de su localización (Figura 2) la actitud a seguir será<sup>(5-8)</sup>:

- En esófago y paciente asintomático: Actitud expectante y repetir radiografía en 12-24 horas o antes si aparecen síntomas. Se comentará con servicio de Cirugía Pediátrica para que tengan conocimiento de la existencia del paciente. Si en el control permanece en esófago, extracción.

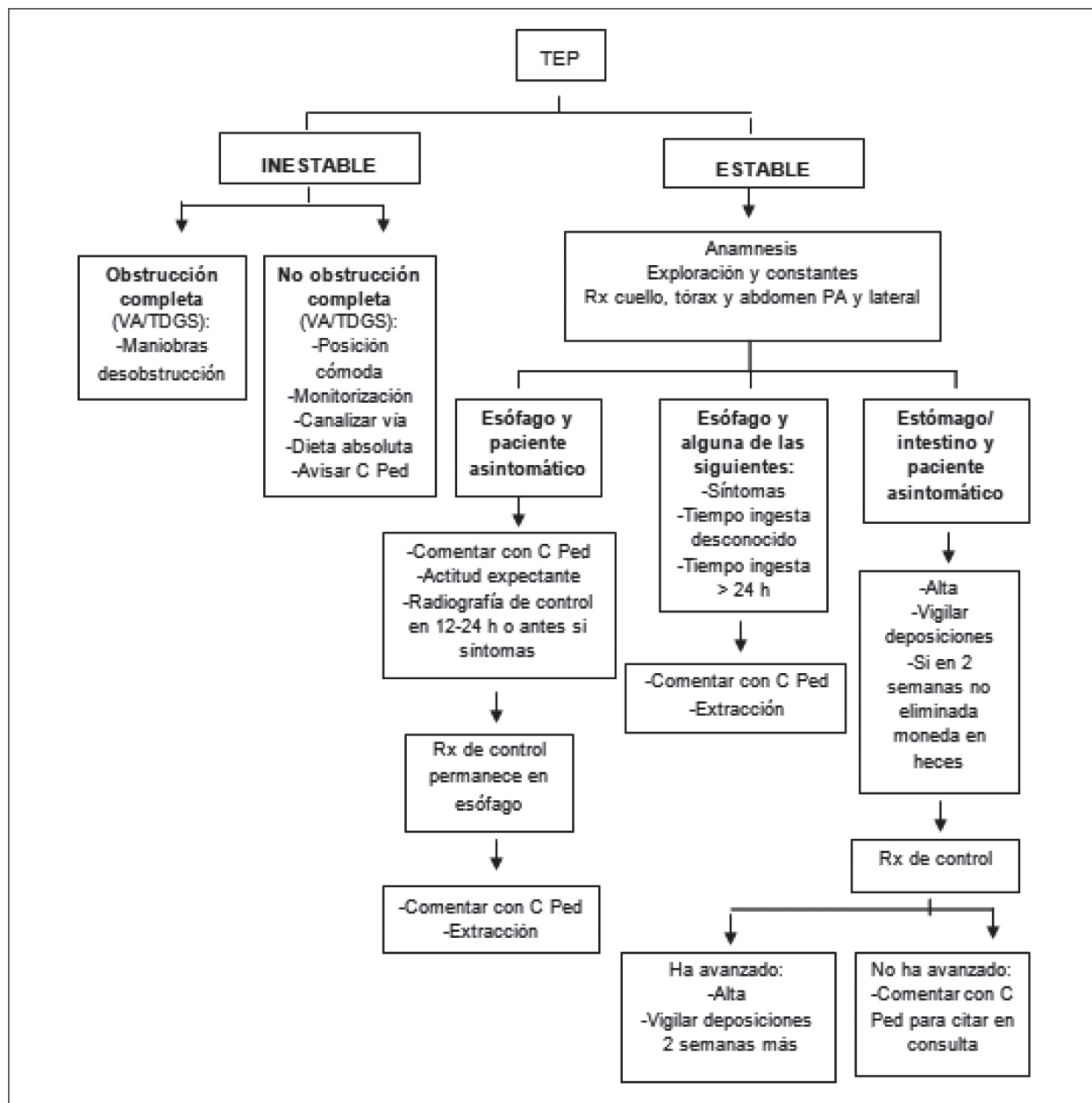


Figura 2. Algoritmo sospecha de ingesta de moneda de urgencias pediátricas del Hospital Universitario Miguel Servet. Abreviaturas: TEP (triángulo evaluación pediátrica), VA (vía aérea), TDGS (tracto digestivo superior), C Ped (Cirugía Pediátrica), Rx (radiografía), PA (posteroanterior).

–En esófago y sintomático o tiempo de ingesta desconocido o > 24 horas: Comentar con servicio de Cirugía Pediátrica y extracción.

–En estómago o intestino y paciente asintomático: Observación domiciliaria y seguimiento ambulatorio. Si a las 2 semanas no se ha eliminado volverán a consultar para repetir radiografía. En función de los hallazgos a las 2 semanas:

- Si la moneda ha avanzado, alta a domicilio, continuar vigilando las deposiciones y control por pediatra. Si a las 4 semanas de la ingesta no han objetivado su expulsión o antes si aparecen síntomas, volverán a consultar para nuevo control radiográfico y se comentará con servicio de Cirugía Pediátrica.

- Si la moneda no ha avanzado, contactar con servicio de Cirugía Pediátrica para establecer seguimiento en su consulta.

Ante la sospecha de ingesta de una **pila de botón** siempre realizar radiografía (cuello, tórax, abdomen, posteroanterior y lateral), para diferenciarlas de una moneda, se debe buscar en la proyección anteroposterior el signo del “doble halo” y en proyección lateral en el signo “del escalón”<sup>(5-7,9-11)</sup>. Se comentará con servicio de Cirugía Pediátrica para que conozcan la existencia del paciente y el manejo dependerá de su localización al diagnóstico<sup>(5-7,9-11)</sup>:

–*Esófago*: Extracción con endoscopia en menos de 2 horas. En aquellos pacientes en los que la ingesta se ha producido hace 12 h o más, debe hacerse un TAC para evaluar la posibilidad de lesión vascular o perforación antes de hacer la endoscopia.

–*Estómago o distal*:

- Paciente con síntomas, ingesta simultánea junto con un imán o retraso diagnóstico (> 12 horas desde la ingesta): Endoscopia para extracción y valoración de estado de mucosa esofágica. En el caso de diagnóstico > 12 horas de la ingesta, valorar realizar TAC previo a endoscopia.
- Paciente sin síntomas: El manejo del paciente asintomático es controvertido, si bien en los últimos años parecen haberse ampliado las indicaciones de una actitud conservadora. En nuestro centro independientemente de la edad y el tamaño de la pila, si paciente asintomático, diagnóstico precoz (< 12 horas desde la ingesta) y ha pasado el esófago puede darse de alta con información de signos de alarma y vigilancia de las deposiciones, si la pila no ha sido eliminada en 48-72 horas se hará control radiológico.

Sospecha de ingesta de **pila cilíndrica**, debe hacerse radiografía de cuello, tórax, abdomen, posteroanterior y lateral. En función de localización:

–*Esófago*: Extracción endoscópica en 24 horas.

–*Estómago*:

- Paciente con síntomas: Extracción endoscópica en < 24 horas.
- Paciente sin síntomas: Observación domiciliaria, control radiográfico a los 7-14 días. Si no eliminada en ese periodo se recomienda la extracción de estómago.

Ante la ingesta de **imanes u objetos magnéticos**<sup>(5-8,12)</sup>, debe realizarse radiografía de cuello, tórax, abdomen en dos proyecciones para descartar la presencia de más de un imán. En el caso de detectarse más de un imán, aunque estén unidos, debe actuarse según el protocolo de imanes múltiples.

–*Objeto magnético único*:

- En función de localización según aparece en la sección de tratamiento general (ver arriba). Además, se deberá advertir a los cuidadores de la importancia de evitar que ingiera otro CE magnético o metálico, el niño deberá evitar contacto con objetos magnéticos y no usará ropa con botones metálicos, ni cinturones con hebillas.

–*Múltiples objetos magnéticos u objeto magnético + metálico*: Se contactará con servicio de Cirugía Pediátrica.

- Esófago o estómago: Extracción endoscópica.
- Distal a estómago
  - o Paciente con síntomas: Cirugía.
  - o Paciente sin síntomas: Radiografía a las 4-6 horas de la ingesta para confirmar progresión:
    - No progresa: Ingreso para control clínico y radiológico con radiografías seriadas cada 8-12 horas.
    - Progresión: Alta y observación domiciliaria estrecha con controles radiológicos seriado en las primeras 48-72 horas. Si no eliminación en 4-6 días se valorará intervención o antes si en 48 h se mantiene en la misma localización o no ha alcanzado la parte baja del abdomen o la pelvis en la radiografía.
  - o Paciente asintomático con diagnóstico diferido de ingesta: control radiológico en 48 horas.

Los objetos **afilados** (huesos de pollo, espinas, palillos de dientes, imperdibles abiertos, alfileres, clavos) son el tipo de CE asociado a mayor riesgo de perforación. El manejo depende de si es<sup>(5-8)</sup>:

–*Radiopaco*: Realizar radiografía (cuello, tórax, abdomen, posteroanterior y lateral) y en función de la localización:

- Esófago: Endoscopia urgente.
- Estómago: Considerar endoscopia salvo objeto corto con extremo romo más pesado.



- Intestino delgado (distal al ángulo de Treitz): Radiografías seriadas y extraer si inicio de síntomas o varios días sin progresión en función de indicación por parte de cirugía.

–*Radiotransparente:*

- Paciente con síntomas: Extracción urgente generalmente con endoscopia excepto espinas de pescado en orofaringe y esófago superior donde las pinzas de Magill son la herramienta más útil.
- Paciente sin síntomas: Se realizará radiografía (cuello, tórax, abdomen, posteroanterior y lateral) y se comentará con servicio de Cirugía Pediátrica. El solicitar pruebas complementarias adicionales (TAC, esofagograma) se consensuará en función del caso. Si se detecta el CE se debe extraer.

La ingesta de objetos **alargados**, más frecuente en adolescentes de forma ingesta intencionada. Se realizará radiografía de cuello, tórax, abdomen, posteroanterior y lateral. Su manejo depende de<sup>(5-8)</sup>:

–*Niño mayor/adolescente* y objeto  $\geq 5$  cm de longitud tienen alto riesgo de impactación ileocecal si pasan el píloro por lo que deben ser extraídos. Si alcanzan el intestino delgado debe hacerse control radiológico seriado y considerar extracción quirúrgica si no progresan.

–*Niños < 5 años*, existe escasa experiencia disponible, aunque parece lógico, disminuir el umbral de longitud para recomendar su extracción, algunos autores sugieren llevarla a cabo si el objeto mide  $> 2,5$  cm.

La **impactación alimentaria**<sup>(5-8)</sup> en población pediátrica generalmente se asocia a patología esofágica (esofagitis eosinofílica, esofagitis por reflujo, estenosis postquirúrgica, etc). Si el paciente presenta síntomas o signos de obstrucción proximal (babeo, dolor cervical) deberá realizarse endoscopia urgente. Por el contrario, si tiene síntomas leves con manejo de secreciones adecuado: Endoscopia diferida, si no se resuelve en 24 horas. En los casos de porciones de carne de gran tamaño, considerar endoscopia precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023.
2. Lobeiras A, Zugazabeitia A, Uribarri N, Mintegi S. Emergency department consultations due to foreign body ingestion. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86(4): 182-7.
3. Ospina J, Castrillón ME. Cuerpos extraños en tracto gastrointestinal en niños. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2008; 23: 233-8.
4. Yalçın S, Kamak I, Ciftci AO, Senocak ME, Tanyel FC, Büyükpamukçu N. Foreign body ingestion in children: an analysis of pediatric surgical practice. *Pediatr Surg Int*. 2007; 23: 755-61.
5. Vila V, Bodas A, Rodríguez A. Ingesta de Cuerpos Extraños. En: Ribes Koninckx C (ed.). *Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*. 4.ª ed. Madrid: Ergon; 2016. 53-64.
6. Lobeiras Tuñón A. Ingesta-aspiración de cuerpo extraño. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 1:339-55.
7. Kramer RE, Lerner DG, Lin T, Manfredi M, Shah M, Stephen TC, et al. Management of Ingested Foreign Bodies in Children: A Clinical Report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. *JPGN* 2015; 60 (4): 562-74.
8. Gilger M, Jain A. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. Up to date. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponible en: <http://www.uptodate.com> [consultado 10 de enero, 2022].
9. Mubarak A, Benninga MA, Broekaert I, Dolinsek J, Homan M, Mas E, et al. Diagnosis, Management, and Prevention of Button Battery Ingestion in Childhood: A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Position Paper. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021; 73(1): 129-36.
10. Sinclair K, Hill I. Button and cylindrical battery ingestion: Clinical features, diagnosis, and initial management. Up to date. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponible en: <http://www.uptodate.com> [consultado 10 de enero, 2022].
11. National Battery Ingestion Hotline (NBH) button battery ingestion triage and treatment guideline. National Capital Poison Center, June 2018. Disponible en: [www.poison.org/battery/guideline.asp](http://www.poison.org/battery/guideline.asp) [consultado 4 de septiembre, 2018].
12. Zhang S, Zhang L, Chen Q, Zhang Y, Cai D, Luo W, et al. Management of magnetic foreign body ingestion in children. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021; 100(2): e24055. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000024055>

# Foto-onicolisis y fotodermatosis inducidas por doxiciclina

---

V. Rosel Moyano, I. R. Gale Ansó

Centro de Salud San José Norte, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 90-93]

## RESUMEN

La foto-onicolisis es un fenómeno poco frecuente de separación de la uña del lecho ungueal secundaria a una reacción de toxicidad inducida por fármacos con potencial fotosensibilizante como las tetraciclinas, junto con una exposición prolongada e intensa a la radiación ultravioleta. Puede asociar fotodermatosis en áreas de piel expuestas al sol.

Presentamos un caso de un niño de 14 años con una reacción cutánea en tronco y extremidades superiores junto con afectación ungueal tras exposición solar prolongada durante sus vacaciones y como antecedente refiere haber recibido tratamiento con doxiciclina como tratamiento para el acné vulgar.

## PALABRAS CLAVE

Doxiciclina, fotodermatosis, foto-onicolisis.

## *Photo-onycholysis and photodermatosis induced by doxycycline*

### ABSTRACT

*Photo-onycholysis is a rare phenomenon of separation of the nail from the nail bed secondary to a toxicity reaction induced by drugs with photosensitizing potential such as tetracyclines, due to prolonged and intense exposure to ultraviolet radiation. It can be associated with photodermatosis in other areas of the skin exposed to the sun.*

*We present a case of a 14-year-old boy with a skin reaction on the trunk and upper extremities along with nail involvement after prolonged sun exposure during his vacation and with a history of having received treatment with doxycycline to treat acne vulgaris.*

### KEYWORDS

*Doxycycline, photodermatosis, photo-onycholysis.*

---

Correspondencia: Verónica Rosel Moyano

Santuario de Cabañas 16, 50013 Zaragoza

Teléfono: 976 59 41 57. Fax: 976 594 406

E-mail: kanirove84@hotmail.com

Recibido: noviembre de 2023. Aceptado: febrero de 2024

---



## CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años que consulta con el pediatra de atención primaria porque 6 días antes, durante sus vacaciones de verano en la playa, inicia cuadro de molestias a nivel ungueal en manos y pies que se acompañaban de drenaje de contenido seroso a la presión (figura 1). Progresivamente fue desarrollando decoloración, despegamiento de la uña del lecho ungueal correspondiente a una onicosis grados II-III y debilidad ungueal en la práctica totalidad de las uñas (figura 2, figura 3). Así mismo, presentaba eritema cutáneo brillante en tronco, dorso de manos y pies sin asociar prurito (figura 4). Fototipo 2 en la escala de Fitzpatrick.

Como antecedentes de interés, el día previo a la aparición de las lesiones, había finalizado un ciclo de un mes



**Figura 2.** Despegamiento de las uñas de lecho ungueal. Decoloración del lecho ungueal.



**Figura 3.** Afectación ungueal de la totalidad de las uñas de ambos pies.



**Figura 1.** Drenaje de contenido seroso y decoloración del lecho ungueal.



**Figura 4.** Eritema cutáneo brillante en antebrazo y mano similar a una quemadura solar. Se puede apreciar como blanquea a la presión en antebrazo.

de tratamiento oral con doxiciclina 100 mg/día y seguía un tratamiento tópico con ácido fusídico y betametasona en contexto de tratamiento de acné vulgar pautado por un dermatólogo privado. Había tomado la misma pauta de tratamiento en dos ocasiones anteriores sin haber presentado reacciones adversas.

Ante la sospecha de fotodermatosis y foto-onicosis por doxiciclina se recomienda evitar la exposición solar hasta la resolución de la sintomatología y aplicar emulsión cutánea hidratante para tratar el eritema cutáneo. Se remite a dermatología para valoración de tratamiento de acné a medio plazo.

Dos semanas después, el eritema cutáneo persiste de forma muy discreta en dorso de dedos de ambas manos sin acompañarse de descamación. En uñas de manos y pies se aprecia hiperpigmentación residual en la zona previamente afectada con crecimiento ungueal normal.

## DISCUSIÓN

La fotosensibilidad exógena se manifiesta como una dermatosis desencadenada por la radiación ultravioleta del sol junto a la presencia en la piel de fotosensibilizantes identificados. Se describe como una reacción inflamatoria aguda o retardada a modo de eccema limitado a las partes descubiertas de la piel, con una expresión clínica muy variada, como quemaduras, reacciones urticariales y foto-onicosis<sup>(1)</sup>.

Los medicamentos sistémicos que se relacionan con procesos de fotodermatosis con mayor frecuencia son la amiodarona, la clorpromazina, la doxiciclina, la hidroclorotiazida, el naproxeno y el piroxicam, entre otros<sup>(2)</sup>.

La relación entre tetraciclinas y fototoxicidad es un efecto secundario bien documentado en la literatura científica<sup>(1)</sup>. En el caso de la doxiciclina el metabolito fototóxico sería la lumidoxiciclina. El síntoma descrito con mayor frecuencia es un eritema cutáneo similar al producido por una quemadura solar en áreas expuestas a radiación ultravioleta.

La frecuencia de aparición de fototoxicidad asociada a doxiciclina se ha relacionado con la dosis del fármaco, siendo más común ante dosis superiores a 200 mg/día<sup>(3)</sup>, aunque en la infancia se han descrito casos incluso con dosis bajas<sup>(4)</sup> y con la intensidad de la radiación UV. También se ha descrito una mayor susceptibilidad en los fototipos 1 y 2 de la escala de Fitzpatrick y en pacientes con un menor estatus antioxidante como en el caso de la fibrosis quística<sup>(4)</sup>.

En cuanto a la gravedad de la sintomatología, no se ha encontrado relación con la edad, el sexo ni la duración del tratamiento. Los síntomas cutáneos suelen resolverse entre 10 y 14 días después de finalizar la terapia con doxiciclina.

En raras ocasiones, también se describe afectación ungueal en forma de foto-onicosis<sup>(5)</sup> ya que entre el 3 y el 20% de la radiación ultravioleta puede penetrar en la lámina ungueal y llegar al lecho ungueal. La onicosis inducida por radiación ultravioleta podría deberse a que la ausencia de melanina y estrato granuloso en el lecho ungueal hacen que sea más propenso al daño por la radiación solar<sup>(1)</sup>. La foto-onicosis consiste en la separación de la uña del lecho ungueal inducido por radiación ultravioleta tras una exposición solar intensa<sup>(6)</sup>. La lesión ungueal afecta habitualmente a la parte central de la misma, respetando la matriz y pudiendo afectar a una o más uñas.

La onicosis puede clasificarse clínicamente en función de la gravedad según el siguiente sistema:

Grado I: separación inicial de 1-2 mm del borde distal del hiponiquio.

Grado II: separación del tercio distal de la uña del lecho ungueal.

Grado III: separación de dos tercios de la uña del lecho ungueal.

Grado IV: la onicosis se extiende desde la parte proximal de la uña hasta el final de la misma

Grado V. Despegamiento completo de la uña del lecho ungueal.

Las lesiones de onicosis a menudo son dolorosas e incluso pueden ser hemorrágicas. También se han descrito casos de despigmentación ungueal similares a las que presenta nuestro paciente<sup>(3)</sup>. El diagnóstico es eminentemente clínico, teniendo en cuenta el antecedente de exposición a agentes fotosensibilizantes. La resolución del cuadro tiene lugar entre 3 y 4 meses después de la finalización del tratamiento con doxiciclina<sup>(6)</sup>. En ocasiones puede derivar en una distrofia ungueal parcial o total. Como medida de prevención, algunos autores sugieren el uso de esmaltes de uñas oscuros durante el tratamiento para evitar la exposición a radiación ultravioleta del lecho ungueal.

## CONCLUSIÓN

La doxiciclina es un fármaco que se utiliza con relativa frecuencia en la edad pediátrica y dado su potencial foto-

tóxico es importante informar al paciente y a sus familias sobre la importancia de una adecuada fotoprotección solar durante el tratamiento, ante la posibilidad de efectos adversos a nivel cutáneo y ungueal.

Ante un caso de onicosis o dermatitis similares a quemaduras solares, sobre todo en periodo estival, es fundamental preguntar por el antecedente de tratamientos con potencial fototóxico. En caso de confirmarse debe suspenderse el tratamiento, evitar la exposición solar e informar de la naturaleza benigna del cuadro con pronóstico favorable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navarrete-Dechent CP, Farias L, Sandoval M. Foto-onicosis y foto-ónico pigmentación inducida por doxiciclina. *Piel (Barc, Internet)* [Internet]. 2013 [citado el 6 de octubre de 2023];28(8):506–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-foto-onicosis-foto-onico-pigmentacion-inducida-por-50213925113001378>.
2. Montgomery S, Worswick S. Photosensitizing drug reactions. *Clin Dermatol*. 2022 Jan-Feb;40(1):57-63. doi: 10.1016/j.clin-dermatol.2021.08.014. Epub 2021 Aug 8. PMID: 35190066.
3. Roy K, Asati DP, Rout AN. Doxycycline-induced photo-onycholysis in a child: Case report and brief review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2023;1–3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.25259/IJDVL\\_508\\_2022](http://dx.doi.org/10.25259/IJDVL_508_2022)
4. Goetze S, Hiemickel C, Elsner P. Phototoxicity of Doxycycline: A Systematic Review on Clinical Manifestations, Frequency, Cofactors, and Prevention. *Skin Pharmacol Physiol*. 2017;30(2):76-80. doi: 10.1159/000458761. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28291967.
5. Pazzaglia M, Venturi M, Tosti A. Photo-onycholysis caused by an unusual beach game activity: A pediatric case of a side effect caused by doxycycline. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2014;31(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12223>.

# Panadizo herpético, más allá del impétigo

M. Peña Marco<sup>(1)</sup>, L. Solanas Lázaro<sup>(2)</sup>, C. Villanueva Rodríguez<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Residente Medicina familiar y comunitaria. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España

<sup>(2)</sup> Residente Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España. <sup>(3)</sup> Pediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 94-95]

Lactante de 19 meses que acude a punto de atención continuada por aparición hace 24-48 horas de lesión papulo-eritematosa en región periungueal de 3º dedo de mano izquierda que impresiona de panadizo (figura 1 y 2). No fiebre ni otra sintomatología.

No se evidencian picaduras ni otras puertas de entrada. Con sospecha clínica de impétigo se decide vigilancia domiciliaria, se pauta mupirocina y lavados con agua y jabón.

A los 5 días acuden a la consulta de enfermería por ausencia de mejoría, realizándose cura con clorhexidina y mupirocina y colocándose apósito de cierre. Al día siguiente vienen de nuevo a consulta de pediatría por verlo más extendido. Se cambia la pomada antibiótica pensando en probable resistencia a mupirocina, instaurando ácido fusídico e introduciendo tratamiento antibiótico vía oral, con cefadroxilo 30mg/kg/día cada 12 horas.

Acuden a las 48 horas objetivándose empeoramiento de la lesión, apreciando vesículas con halo eritematoso. Pensando, ahora sí, en la posibilidad de panadizo herpético, se indica lavados con clorhexidina y continuar con ácido fusídico.

La hermana presentó a los pocos días una gingivostomatitis herpética.

Dado que fue una lesión local sin afectación del estado general no se inició tratamiento con aciclovir vía oral. La evolución fue buena con resolución completa a los 10 días.

Destacamos la dificultad diagnóstica inicial hasta la aparición de la lesión vesiculosa típica y por ello la importancia del seguimiento de las lesiones ampollas.

El reconocimiento del herpes como etiología permite evitar el drenaje de las lesiones, que puede dar lugar a la diseminación del virus<sup>(1-2)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ferrer Santos P, Lavilla Jiménez M, Abellanas Jame L. Panadizo herpético en lactante de 20 meses. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022; 24:295-9. [Disponible en <https://pap.es/articulo/13681/panadizo-herpetico-en-lactante-de-20-meses>]
- Muñoz Hiraldo E., Morillo Gutiérrez B. Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. Infecciones por virus Herpes Simple. Noviembre 2017. [Disponible en <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/biblioteca/infeccionespor-virus-herpes-simple-gpi-2017>]

---

**Correspondencia:** Mónica Peña Marco  
Centro de Salud Torrero La Paz  
Calle Soleiman, 11, 50007, Zaragoza  
Tfno: 976253100  
moninacopm@gmail.com

Recibido: agosto 2024. Aceptado octubre 2024

---





Figura 1 y 2. Panadizo herpético en tercer dedo de mano izquierda.

# Clínica gastrointestinal grave en pacientes con síndrome de Down. Presentación de dos casos de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias

---

A. Salinas, Y. Aliaga, C. Blasco, R. García, I. Ros

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2024; 54: 96]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES) es un trastorno de hipersensibilidad alimentaria no mediado por inmunoglobulina E.

## CASO CLÍNICO

Niño de 3 años síndrome de Down, alimentado con lactancia artificial desde el nacimiento que presentó al mes de vida tras la toma de leche, cuadro de irritabilidad, vómitos tardíos y diarreas con deshidratación moderada. Ante sospecha de alergia a proteína de leche de vaca se realizó prick test negativo y se inició fórmula elemental bien tolerada, con reaparición clínica tras ingesta accidental de proteína de leche de vaca.

Niño de 2 años síndrome de Down, hendidura velopalatina, reflujo gastroesofágico y traqueomalacia severa, alimentado por sonda transpilórica y con fórmula extensamente hidrolizada desde el nacimiento. A los 4

meses y tras primera toma de 30 mL de fórmula de inicio presenta cuadro de vómitos, deposiciones diarreicas, acidosis metabólica grave, deshidratación y shock hipovolémico con insuficiencia renal (urea 108 mg/dL, creatinina 2,17 mg/dL) y elevación de procalcitonina (842 ng/mL), precisando ingreso en UCI. Se realizaron pruebas cutáneas e IgE total y específica positivas para leche y huevo. Actualmente sigue dieta de evitación de leche y huevo, habiendo tolerado la introducción del resto de alimentos.

## COMENTARIOS

Los trastornos inmunológicos asociados al síndrome de Down como la secreción desregulada de citoquinas proinflamatorias (TNF $\alpha$ ) y disminución de IL-10 condicionan un perfil atípico de FPIES, con edad de aparición más temprana, sintomatología más severa, y una duración más prolongada hasta adquirir la tolerancia.

# Cobertura alta en vacuna gripe infantil ¿Misión imposible?

M. I. Lostal Gracia, E. Lasaosa Pera, M. Calero Ortega

CS Amparo Poch, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 97]

## INTRODUCCIÓN

La gripe tiene gran impacto en salud pública siendo los niños el principal vector de transmisión, presentando las tasas más altas. La vacuna es la medida de elección para su prevención, incluyéndose en la campaña 2023-24 en nuestra Comunidad Autónoma (CA), la vacunación antigripal en niño de 6 a 59 meses (SAN/178/2023).

## OBJETIVOS

Alcanzar en nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) situado en medio urbano, la cobertura en gripe infantil del 80%, utilizando como estrategias la captación activa y oportunista de cohortes, comparando resultados con la Zona básica de Salud (ZBS) y la CA.

## PACIENTES Y MÉTODO

–Base de Datos de Usuarios (BDU) niños 6-59 meses: EAP 380 y CA 42.434

–Inicio Captación: Oportunista: 02/10/2023, Activa: 07/01/24.

–Coberturas: Provisional 07/01/2024, Definitiva 07/04/24.

–Registro Datos Salud Pública.

## RESULTADOS

Datos (07/01/2024): CA dosis administradas 35,5%, EAP tras captación oportunista 58,1%. Mejoría pero por debajo de lo óptimo.

Datos definitivos (07/04/2024) cobertura 6-59 meses. Tras captación activa en EAP, coberturas altas 89,3%, superiores a la ZBS (47,6%) y a la de la CA en gripe infantil (43,6%).

## CONCLUSIONES

1. La captación oportunista mejora los resultados pero no alcanza cobertura óptima.
2. La captación activa es una estrategia fácilmente implementable en primaria, aprovechando su fortaleza la accesibilidad a la población.
3. La captación activa se muestra claramente eficaz en conseguir coberturas vacunales óptimas en gripe infantil y puede considerarse una estrategia adicional a otras como la vacunación escolar.

# Más allá de la miositis infecciosa

---

A. Hernando Larroy, E. Lasaosa Pera, B. López Martínez, V. Gimeno-Hernández Garza, M. Medrano San Ildefonso, I. Ruiz del Olmo Izuzquiza

---

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 98]

## INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias idiopáticas son una patología poco frecuente en pediatría. Se caracterizan, fundamentalmente, por cursar con debilidad muscular proximal asociada o no a otras manifestaciones. Tienen una incidencia estimada de entre 3 y 4 casos por cada millón de niños al año.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 11 años, sin antecedentes personales relevantes, que ingresa por miositis de 1 mes de evolución. Se observa una elevación de CKs y empeoramiento progresivo de la fuerza muscular proximal y cervical. La aparición de alteración en la deglución, atragantamientos, debilidad progresiva de la voz y mal control del dolor, plantean la sospecha diagnóstica de miopatía aguda grave, por lo que se inician megabulus de corticoides e inmunoglobulinas intravenosas en espera de resultados de

pruebas complementarias. En la bodyRM destaca afectación muscular difusa generalizada con edema subcutáneo, sin calcinosis. El electromiograma muestra patrón miopático. No se evidencian lesiones en piel ni alteraciones capilaroscópicas. El panel de autoinmunidad de miositis es negativo. La biopsia muscular (a los 14 días de tratamiento) solo muestra sobreexpresión de HLA I. Se añade metotrexato subcutáneo e hidroxicloroquina oral al tratamiento de base, con normalización de enzimas musculares, mejoría de la fuerza y de la voz en semanas posteriores. El diagnóstico de sospecha es que se trate de una polimiositis seronegativa.

## COMENTARIOS

Las miopatías inflamatorias juveniles se consideran enfermedades raras, lo que suponen un complejo reto diagnóstico y requieren un enfoque multidisciplinar para su tratamiento.



# Variantes atípicas de síndromes clásicos

M. Salvá Arteaga, I. Roncero Sánchez-Cano, M. Iglesias Rodríguez, N. Senosiain Iber, P. Alquézar Yús, A. Fernández Marín

Hospital Universitario San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 99]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Rubinstein-Taybi tipo 1 es una entidad poco frecuente secundaria a mutaciones en el gen CREBBP. Comprende anomalías congénitas tales como microcefalia, características faciales específicas y primeros dedos de manos y pies anchos y cortos, así como discapacidad intelectual y trastornos de conducta. La peculiar conformación del primer dedo de manos y pies resulta el hallazgo fenotípico clave al ser elevadamente característica y fácilmente reconocible. El síndrome de Rubinstein-Taybi tipo 2, mucho menos frecuente (3% del total) es debido a mutaciones en el gen EP300 y da lugar a características faciales típicas menos marcadas, mayor riesgo de disrafismo espinal y un nivel cognitivo promedio más alto, no conllevando de manera habitual malformaciones digitales.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, procedente de Marruecos, intervenido en origen por disrafismo espinal (supuesto mie-

lomeningocele). Primera valoración en Neuropediatría objetivando retraso global del neurodesarrollo, fenotipo peculiar con hipertelorismo, estrabismo, orejas de implantación baja, con despegamiento de pabellones, raiz nasal ancha con y criptorquidia bilateral, dedos de manos y pies normoconfigurados. ROTs rotulianos presentes simétricos, aquíleos abolidos. Hipotrofia de pantorrillas bilateral con tendencia a marcha en estepaje. En resonancia magnética malformación Chiari tipo II y médula anclada. Diagnóstico definitivo mediante exoma clínico individual, variante en heterocigosis c.3395A>G, gen EP300 compatible con Síndrome de Rubinstein-Taybi tipo 2.

## COMENTARIOS

La presencia o ausencia de ciertos rasgos fenotípicos característicos puede ayudarnos a hacer una aproximación diagnóstica inicial, pero debemos tener siempre en cuenta la posibilidad de no conocer la excepcionalidad de algunos cuadros clínicos y realizar una evaluación global del paciente en todos los casos.

# El laberinto hepático, un caso de colestasis neonatal

---

L. Solanas Lázaro, M. Vidal Servalls, Z. Galve Pradel

---

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 100]

## INTRODUCCIÓN

La ictericia es una situación muy frecuente en los neonatos, no obstante ante una ictericia de larga evolución siempre es necesario descartar colestasis. Con frecuencia la colestasis es para fisiológica por inmadurez en el neonato enfermo, gran prematuro o con nutrición parenteral total; sin embargo es importante descartar otras causas frecuentes como la atresia de vías biliares extrahepáticas y las enfermedades metabólicas dado el mal pronóstico de las mismas si no se inicia un tratamiento precoz.

## CASO CLÍNICO

Recién nacida a término que ingresa en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales por presentar CIR tipo I con estudio Doppler patológico y bajo peso al nacimiento. A lo largo de su estancia en la Unidad presenta

hipoglucemias secundarias a hiperinsulinismo, hipertiropinemia y alteración de la función hepática con hiperbilirrubinemia e hipertransaminasemia progresiva. Se completa el estudio de colestasis y se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico y suplemento de vitaminas liposolubles. Dada la buena evolución posterior con normalización de la función hepática en el análisis de sangre y la ausencia de nuevos episodios de hipoglucemia se decide alta a domicilio con controles ambulatorios.

## COMENTARIOS

A pesar de que con este caso clínico no hemos sido capaces de alcanzar un diagnóstico exacto, nos permite abrir un diagnóstico diferencial muy enriquecedor y exponer el algoritmo diagnóstico a seguir en un caso de colestasis neonatal.

# Abdomen agudo como forma de presentación de un Divertículo de Meckel

Y. Altuzarra Foncea, I. Royo Sesma, M. García de la Cruz, S. Pasamón García, V. Jiménez Escobar.

Hospital Universitario San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2024; 54: 101]

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita gastrointestinal más frecuente en Pediatría, originado por la persistencia del conducto onfalomesentérico. El 95% de los pacientes son asintomáticos y en la mitad de los casos sintomáticos se presenta con hemorragia digestiva. Menos frecuentemente cursa con obstrucción intestinal, diverticulitis o invaginación.

## CASO CLÍNICO

Niño de 2 años que consulta por dolor abdominal desde hace 7 horas. Afebril, sin otra sintomatología acompañante. Presenta a la exploración abdominal dolor en flanco derecho, sin defensa. Se solicita ecografía abdominal para descartar invaginación intestinal, objetivando en fosa iliaca derecha una estructura pseudo-tubular, fija, hipoecoica, de 17x23mm. Entre otras alternativas diagnósticas, se plantea la posibilidad de tratarse de un DM.

Se extrae analítica sanguínea, objetivando 17.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> (82 % neutrófilos) con PCR 17 mg/L. Se decide ingreso para observación.

A las pocas horas, se aprecia empeoramiento de la exploración, con defensa abdominal. Se realiza control ecográfico, con hallazgos similares a la previa, observando dependencia de dicha estructura tubular al íleon, así como ausencia de peristalsis sin dilatación de asas.

Ante la sospecha de DM complicado, se solicita TC abdominal que confirma el diagnóstico. Se traslada al hospital con Cirugía Pediátrica para intervención quirúrgica, con buena evolución posterior.

## COMENTARIOS

- Las complicaciones del DM son más frecuentes en menores de 2 años.
- El DM complicado puede ser potencialmente mortal, siendo crucial su diagnóstico y manejo precoz.
- La presentación clínica de nuestro caso es muy infrecuente, por lo que se recomienda incluir en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo el DM complicado.

# ¡Baja esos humitos!

---

C. Aparicio Callén, A. López Rey, E. M. Llena Angulo, M. Cabello de Alba, C. Nagore González

---

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 102]

## INTRODUCCIÓN

El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro, inodoro e insípido, no irritante y que es capaz de provocar la muerte. Produce somnolencia, cefalea o vómitos, incluso clínica neurológica como convulsiones o coma. Supone entre el 1,5 y 2% de todas las intoxicaciones infantiles.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 3 años que acude a urgencias por episodio de rigidez generalizada de menos de un minuto de duración tras despertarse. Se acompaña de llanto intercurrente e hipotonía posterior con escasa respuesta a estímulos. Afebril. No clínica infecciosa asociada. No episodios previos. Niegan ingesta de fármacos. Familia asintomática.

A su llegada a Urgencias, destaca poca actividad junto con inestabilidad de la marcha, resto de clínica neuroló-

gica sin alteraciones. Ante sospecha de convulsión afebril, se realiza una analítica sanguínea, objetivándose una carboxihemoglobina del 19%. Se reinterroga a la familia, refieren el encendido por primera vez de una estufa de gas. Se inicia tratamiento con oxígeno al 100% con mascarilla reservorio junto con controles gasométricos. En sala de observación, mejoría progresiva de la actividad y de la inestabilidad hasta cese completo de la clínica. Se comprueba carboxihemoglobina <5%, pudiéndose ir a domicilio.

## COMENTARIOS

Es importante sospechar una intoxicación por CO en un paciente con síntomas neurológicos y digestivos agudos. Se debe investigar una fuente de combustión de gas, presencia de síntomas en familiares y confirmación con concentraciones elevadas de CO en sangre. Recaltar los riesgos de esta intoxicación junto con su prevención.

# “Papás, cuidado con lo que me dais”: A propósito de 3 casos

B. López Martínez, L. Nuez Sánchez, A. Hernando Larroy, M. P. Remacha Arrue, I. García Jiménez, R. Pérez Delgado, E. Castejón Ponce

Hospital Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 103]

## INTRODUCCIÓN

Existe consenso para tratamiento profiláctico con vitamina D durante los primeros 12 meses de vida. El principal motivo de sobredosificación/intoxicación por vitamina D corresponde al error en la dosis administrada.

## CASOS CLÍNICOS

**Caso 1:** Lactante de 6 meses en la que han administrado una dosis 5 veces superior a la recomendada diaria (400 UI). Presenta dolor abdominal y aumento de la diuresis. En Urgencias, niveles de 25-OH en rango de posible aparición de efectos secundarios.

**Caso 2:** Lactante de 3 meses derivado por sospecha de sobredosis de vitamina D. Han administrado durante 11 días una pipeta entera diaria en lugar de 2 gotas. Niño asintomático con calcemia normal, leve acidosis metabólica leve y niveles de 25-OH vitamina D en rango de intoxicación.

**Caso 3:** Lactante de 4 meses, pretérmino de 31 semanas que presenta niveles de 25-OH en niveles de intoxicación 416 nmol/l debido a un error en la dosificación por utilizar un preparado no habitual.

Ingresan para rehidratación, vigilancia de diuresis y control clínico-analítico. Durante el ingreso se realizan: ECG, ecografía renal y controles analíticos con descenso de las cifras de vitamina D y se descarta la existencia de afectación cardíaca, hepática y renal. Son dados de alta suspendiendo el tratamiento con vitamina D y control ambulatorio.

## COMENTARIOS

Disponemos de tres presentaciones comerciales de Colecalciferol en gotas para administración diaria por vía oral. Para tratar de evitar la sobredosificación por vitamina D sería conveniente estandarizar su composición. En urgencias, la determinación analítica de calcio sérico resultará una prueba costo-efectiva en niños con posibilidad de intoxicación/sobredosificación.

# Saturnismo por Pica, a propósito de un caso

---

C. Esteras Sánchez, A. I. Ramírez Gomara, T. Ruiz Vecino, R. García Romero.

---

CS Torreramona. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 104]

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de Pica es una práctica realizada en la edad infantil que debe ponernos en alerta, ya que puede indicar un desequilibrio nutricional, principalmente de hierro o vitaminas.

## CASO CLÍNICO

Niña de 3 años de raza pakistaní nacida en España que es remitida al centro de salud desde la consulta de nefrología, donde es seguida por un riñón en herradura, por la necesidad de la niña de comerse diferentes objetos, incluyendo la pintura de las paredes de casa. En consulta se solicita analítica sanguínea completa, incluyendo niveles de plomo por antecedente racial. En los resultados analíticos se observa una anemia ferropénica muy marcada, así como unos niveles de plomo iniciales de 8,3 µg/dL, y posteriormente de 11,7 µg/dL. Se decide hablar con la trabajadora social del centro, donde la familia ya es conocida debido a la situación

familiar. También se deriva a la niña a CCEE de digestivo. Tras hablar con salud pública, acuden al domicilio a analizar las tuberías y la pintura de las paredes, encontrando niveles elevados de plomo en la pintura de la terraza. Finalmente se decide derivar a la niña a Salud Mental donde comienza con tratamiento higiénico-dietético y risperidona nocturna. En analítica de control al mes tras el cese de la conducta, se observa mejoría de la hemoglobina con persistencia de la ferropenia, y mejoría de los niveles de plomo, disminuyendo a 7,3 µg/dL. Actualmente se encuentra en seguimiento para control dietético y analítico.

## COMENTARIOS

Imitación de conducta de su hermano mayor de 4 años. El hermano presenta perfil analítico similar, anemia ferropénica y niveles de plomo aumentados, con cifras de 3,6 µg/dL. Actualmente también en seguimiento en el centro de salud.

# Una anemia que destapó un diagnóstico para toda la vida

A. López Perez, E. Galindo Lalana, M. Hortal Briz, A. Fuentes Vidal, E. Faci Alcalde, P. Collado Hernández

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2024; 54: 105]

## INTRODUCCIÓN

Las anemias hemolíticas son un conjunto de entidades caracterizadas por la destrucción de los hematíes por una vida acortada a nivel intra o extravascular. La causa puede ser congénita por diferentes trastornos en el hematíe o adquirida.

## CASO CLÍNICO

Lactante de 21 meses remitido a urgencias desde atención primaria por ictericia y palidez cutánea de 12 horas de evolución. Asocia fiebre, orina colúrica y orexia disminuida. Familia de origen marroquí. No consanguinidad. No enfermedades heredo-familiares. En tratamiento con isoniazida desde hace 2 meses por contacto con TBC pulmonar (padre). En la exploración física: TEP alterado por circulatorio, taquicardia y TA normal. Se realiza analítica sanguínea objetivándose anemia hemolítica (hemoglobina 4,5 g/dL, hematocrito 13,6%, LDH 960U/L y bilirrubina total 2,5 mg/dL). A su ingreso precisa transfusión de

concentrado de hematíes y se suspende isoniazida con mejoría clínica y analítica posterior, confirmándose el diagnóstico de déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (DG6PDH).

## COMENTARIOS

El DG6PDH es el defecto enzimático más frecuente de los eritrocitos y provoca una alteración del estrés oxidativo. Su herencia es ligada al cromosoma X.

La sospecha diagnóstica es clínica, presentándose como una hemólisis aguda tras exposición a un causante, fármacos o alimentos. La confirmación es analítica objetivando la actividad de la enzima G6PDH disminuida.

El tratamiento principal es la evitación de posibles desencadenantes. Las crisis hemolíticas en estos pacientes suelen ser autolimitadas y es fundamental eliminar la causa. La transfusión de hematíes solamente está indicada en caso de inestabilidad hemodinámica para revertir el estado de anemia.

# De Colombia al Mar Rojo

---

M. Bahón Fauro, S. Miralbés Terraza, E. Aranda Conchello, R. Gómez Sánchez, M. Vidal Servalls, M. Bustillo Alonso

---

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2024; 54: 106]

## INTRODUCCIÓN

Tras la recuperación de la movilidad después de la pandemia del SARS-CoV-2 aumentó el número de pacientes con enfermedades infecciosas importadas, suponiendo un reto diagnóstico además de un riesgo de Salud Pública.

## CASO CLÍNICO

Niño de 10 años que, tras estar seis semanas en Colombia, al regresar presenta fiebre, dolor abdominal, artromialgias y eritema malar. Se extrae una analítica sanguínea que muestra leucopenia, trombopenia y elevación de transaminasas, por lo que ingresa en planta para estudio. Tras una anamnesis exhaustiva del caso, se solicitan pruebas microbiológicas orientadas hacia el diagnóstico diferencial de fiebre en el viajero y otras infecciones. Durante su estancia en planta desaparece la fiebre a la vez que los síntomas iniciales, y en su piel se observa un exantema extenso con máculas blancas y petequias. Posteriormente se

confirma la infección por Dengue con resultado positivo de PCR en suero y en orina. La evolución del paciente es favorable hasta desaparecer la clínica y normalizarse los parámetros analíticos.

## COMENTARIOS

El Dengue es una enfermedad infecciosa que afecta a la población donde se encuentran sus vectores, mosquitos del género *Aedes*. La enfermedad se divide clásicamente en tres fases, primero una fase febril con clínica de viriasis inespecífica, posteriormente una fase crítica en la que se puede llegar a desarrollar Dengue grave, y finalmente la fase recuperación con la aparición del exantema característico. La importancia de su diagnóstico radica en conseguir un adecuado control epidemiológico para evitar que este tipo de enfermedades acaben siendo endémicas en nuestra área.



# Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

P. Campos Magallón, A. Fernández Marín, J. A. Vázquez Gómez, I. Royo Sesma, M. Salva Arteaga

Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2024; 54: 107]

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con diagnóstico de Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), en ausencia de cogniciones distorsionadas sobre su peso corporal y/o figura, manifiestan un fracaso para cumplir con las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas.

## OBJETIVOS

Mejorar el diagnóstico y el manejo de los pacientes con ARFID.

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo descriptivo y analítico. Se revisan historias clínicas, incluyendo los pacientes con diagnóstico de ARFID de la consulta de Nutrición Pediátrica de La Rioja entre julio de 2022 y mayo de 2024. Posteriormente se realiza una revisión literaria del manejo del ARFID y un resumen didáctico.

## RESULTADOS ESTUDIO OBSERVACIONAL

Muestra de 27 pacientes, con mediana de edad de 3 años (IQR 4), siendo el 81,5% varones. El 51,9% fueron deriva-

dos desde Neuropediatría. El motivo de derivación más frecuente fue la ingesta selectiva de alimentos (63%). El 74,1% se diagnostica de ARFID subtipo sensorial. La patología más frecuentemente asociada fue el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (25,9%). El 33,3% asociaba afectación ponderoestatural en la primera visita. Son factores de riesgo para padecer ARFID ser varón y diagnóstico de TEA ( $p < 0,001$ ).

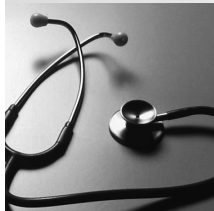
## CONCLUSIONES

Se recomienda un diagnóstico y tratamiento por un equipo interdisciplinar (atención primaria, nutricionista y salud mental) y la implicación en el plan y objetivos de la familia y el paciente. Existen varias estrategias útiles para el manejo de ARFID como el método cadena alimentaria o la terapia cognitivo-conductual. No obstante, se debe individualizar, pues cada paciente tiene necesidades de tratamiento y manejo diferentes, dependiendo principalmente de la edad, características del trastorno y gravedad.



# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA



## Normas de publicación

El Boletín es el órgano de expresión fundamental de la Sociedad de Pediatría de Aragón, la Rioja y Soria. Por ello, además de cumplir con su obligación de difundir las actividades de la Sociedad, pretende ser portavoz de toda la problemática sanitaria y fundamentalmente pediátrica de la región geográfica que engloba. Todos los manuscritos publicados en el Boletín deberán adecuarse a las normas de publicación de la revista y respetar el formato de alguno de los tipos de artículo que se describen a continuación:

### Artículo original

*Originales:* Trabajos de investigación con diseños de tipo analítico transversal, longitudinal, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. La extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no debe superar un total de 3.000 palabras. El número de citas bibliográficas no será superior a 40 y se admitirán hasta un máximo de 8 figuras o tablas (incluyendo ambos elementos). Es recomendable que el número de firmantes no sea superior a 6.

### Casos clínicos

*Casos clínicos:* Descripción de uno o varios casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad referida. La extensión máxima del texto (que debe incluir resumen) será de 1.500 palabras, con un máximo de 4 figuras o tablas (incluyendo ambos). Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a 6.

### Cartas al director

*Cartas al director:* Discusión de trabajos publicados recientemente en el Boletín y la aportación de observaciones o experiencias que puedan ser resumidas en un texto breve. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10 y se admitirá una figura y una tabla. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a 4.

### Editoriales

*Editoriales:* Discusión de avances recientes, de interés particular o de temas básicos para la formación continuada en pediatría.

### Artículos especiales

*Artículos especiales:* Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de revisión o recopilación y que, por sus características, no encajen bajo el epígrafe de editorial. La extensión del texto no debe superar las 3.000 palabras.

### Sesiones de la Sociedad

*Sesiones de la Sociedad:* Comunicaciones, mesas redondas, sesiones de formación, etc., que sean desarrolladas por la Sociedad. Los autores confeccionarán un resumen, que se hará llegar a la redacción del Boletín en los días siguientes a la sesión (límite de 250 palabras máximo. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a 6).

### Imágenes y vídeos en pediatría

*Imágenes y vídeos en Pediatría:* Este tipo de artículo se reserva para la publicación de imágenes que ilustren problemas clínicos o soluciones de interés para los lectores. Su título debe contener menos de 8 palabras. El trabajo, que no tendrá más de 4 firmantes, podrá incluir hasta 3 figuras, y el texto explicativo no deberá superar las 250 palabras, de forma que todos los símbolos contenidos en las imágenes estén adecuadamente explicados. También podrá incluir un vídeo en formato .mp4 que no deberá superar un tamaño de 150 MB. El número de citas bibliográficas no será superior a 3. Será imprescindible adjuntar el consentimiento informado para su publicación.

### Becas y premios

*Becas y Premios:* Los autores confeccionarán un resumen de hasta 750 palabras como máximo que se hará llegar a la redacción del Boletín en los días siguientes a la sesión.

Se podrán editar números monográficos extraordinarios, siempre que el Comité de Redacción y los autores interesados decidan conjuntamente las características de los números.

## Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos se presentarán en hojas DIN A4, a doble espacio y dejando márgenes no inferiores a 2,5 cm, ordenados en páginas separadas del siguiente modo: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas, figuras, pies de tablas y/o de figuras. Todas las páginas deberán numerarse de manera correlativa en las esquinas superior o inferior derechas, comenzando por la página titular.

La extensión de los trabajos no debe sobrepasar los 8 folios en los artículos originales o editoriales, y 5 folios en los casos clínicos. Todos los trabajos irán acompañados de soporte informático, indicando el sistema operativo y programa utilizados.

*Página titular:* Título original, nombre y apellidos del autor o autores, dirección del centro de trabajo y población, fecha de envío, y nombre, dirección, número de teléfono, fax y e-mail del autor al que debe dirigirse la correspondencia.

*Resumen y palabras clave:* La extensión del resumen no será superior a 200 palabras. El contenido del resumen de los artículos originales y casos clínicos deberá ser estructurado en varios de los siguientes apartados: antecedentes, objetivos, material y métodos, descripción del caso clínico, resultados y/o conclusiones. Se incluirán de 3 a 10 palabras clave al final de la página donde figure el resumen.

Se adjuntará una correcta traducción al inglés del título, el resumen y las palabras clave.

*Iconografía:* El número de fotografías y figuras deberá ser el mínimo indispensable para la buena comprensión del texto. Se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa por orden de aparición en el texto. En el dorso de la figura se indicará el número, nombre del primer autor y orientación de la misma. Las figuras se entregarán separadas del texto, sin montar y en blanco y negro. En una hoja incorporada al texto se escribirán los correspondientes pies de cada figura.

*Tablas:* Serán numeradas con caracteres romanos por orden de aparición en el texto, escritas a doble espacio y en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo.

*Bibliografía:* Las citas bibliográficas deben estar numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto, y su número figurará entre paréntesis. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última páginas. Deben mencionarse todos los autores; cuando sean siete o más se citarán los tres primeros y se añadirán después las palabras «et al.». Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación, se exponen varios ejemplos:

**Artículo:** Carrasco S, Guillén T, Marco M, Ramírez JM, Pastor I. Síndrome del desfiladero torácico. Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1997; 27: 186-92.

**Libro:** Fomon SJ. Infant Nutrition. 2.ª edición. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974. p. 230-42.

**Capítulo de libro:** Blines JE. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA, eds. Gastroenterología pediátrica práctica. 2.ª edición. Madrid: Ergon; 1996. p. 25-7.

No deben incluirse en la bibliografía citas del estilo de «comunicación personal», «en preparación» o «sometido a publicación». Si se considera imprescindible citar dicho material, debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. Ejemplos:

**Comunicación personal:** (López López A. Comunicación personal).

**Trabajos no publicados:** (Salinas Pérez C. Estudio patogénico de la neuropatía IgA. En preparación) (Smith J. New agents for cancer chemotherapy. Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 de junio 1983, New York).

**Página web, sitio web, portal...:** Joanna Briggs Institute JBI Connect España [Internet]. Madrid: Centre colaborador del JBI; 2008 [consulta el 22 de julio de 2008]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>.

Los trabajos se enviarán para su publicación por correo electrónico. La secretaría de redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha posible de publicación.

