

# ANDES PEDIATRICA

REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

Indexada en Medline/PubMed desde 2014

Volumen 93, Suplemento N° 1 Diciembre 2022

ISSN: 2452-6045 / www.scielo.cl

**61 Congreso Chileno de Pediatría**

**Resúmenes de Presentaciones Libres**

1922



1922

# ANDES PEDIATRICA

## REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

Indexada en Medline/PubMed desde 2014

Volumen 93, Suplemento N° 1 Diciembre 2022

ISSN: 2452-6045 / [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)



Publicación oficial de la  
Sociedad Chilena de Pediatría

PUBLICADA DESDE 1930

---

**ANDES PEDIATRICA**, es la publicación oficial de la Sociedad Chilena de Pediatría desde 1930. En ella se publican Artículos Originales, Casos Clínicos, Actualidades y Artículos de Revisión de interés para la especialidad, así como, documentos emitidos por las Ramas y Comités de la Sociedad.

Se publica en forma bimestral y se puede encontrar a texto completo en [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)  
Se encuentra registrada en Index Medicus Latino-Americano (IMLA), Embase Excerpta Medica Database, Periódica, Scientific Electronic Library Online ([www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)), Scopus ([www.scopus.com](http://www.scopus.com)), Free medical journal ([www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com)). Indexada en Medline/PubMed desde 2014.

ISSN 2452-6045 (versión escrita), ISSN 2452-6053 (versión electrónica).

Encuéntrenos en:



SOCHIPE



Scielo Chile



PubMed



Medes

---

Representante Legal: Rosanna Faúndez Herrera  
Eduardo Castillo Velasco 1838, Ñuñoa, Casilla 593-11  
Tels. (56-2) 22371598 - 22379757, Santiago, Chile  
[www.sochipe.cl](http://www.sochipe.cl)

---

#### VALORES 2022

##### Subscripción Nacional

Valor Anual	\$ 90.000
Número único año 2021	\$ 15.400
Número único año 2020	\$ 14.600
Número único otros años	\$ 11.000
Becados y profesionales de la salud	\$ 53.000

##### International subscription rates

Air mail Americas	US\$ 250
Air mail other regions	US\$ 300

Valores no incluyen IVA.

Contacto para suscripción: [socios@sochipe.cl](mailto:socios@sochipe.cl)

Venta de publicidad:  
Sociedad Chilena de Pediatría

---

Andes Pediatría  
Sitio Web: [www.revistachilenadepediatria.cl](http://www.revistachilenadepediatria.cl)  
E-mail: [andespediatria@sochipe.cl](mailto:andespediatria@sochipe.cl)

## Director-Editor

Francisco Cano Schuffeneger  
*Profesor Titular, Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile*

## Sub Director Coeditor

Paul Harris Diez  
*Profesor Titular, Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Católica de Chile*

## Editor Emérito

Carlos Toro Álvarez  
*Profesor Titular, Facultad de Medicina  
Universidad de Chile*

---

## Comité Editorial

Luisa Schonhaut Berman  
*Profesor de Pediatría, Facultad de Medicina,  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.*

Teresa Millán Klüsse  
*Profesor Asociado, Departamento de Pediatría y  
Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.*

Ana Zepeda Ortega  
*Profesor Adjunto, Facultad de Medicina,  
Escuela de Tecnología Médica, Campus San Felipe,  
Universidad de Valparaíso.*

Daniela Krämer Hepp  
*Profesor Agregado, Departamento  
de Dermatología, Universidad de Chile.  
Hospital Luis Calvo Mackenna.*

Andrea Beckhaus Faccin  
*Unidad de Enfermedades Respiratorias del Niño  
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Pablo Cruces Romero  
*Profesor Asistente, Facultad de Ciencias de la Vida,  
Universidad Andrés Bello.*

Patricia Mena Nannig  
*Profesor Titular Adjunto, Pontificia Universidad  
Católica de Chile.*

Gerardo Weisstaub  
*Profesor Asistente, Instituto de Nutrición y  
Tecnología de los Alimentos.  
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil  
Centro, Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.*

Lillian Bolte Marholz  
*Profesor Adjunto, Departamento de Pediatría y  
Cirugía Infantil Norte, Universidad de Chile.*

Carolina Heresi Venegas  
*Profesor Asistente, Departamento de Pediatría  
y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.*

Franco Díaz Rubio  
*Unidad de Paciente Crítico Pediátrico,  
Hospital El Carmen de Maipú.*

Macarena Gajardo Zurita  
*Unidad de Nefrología Pediátrica, Unidad de  
Tratamiento Intermedio, Hospital Roberto del Río.  
Docente Universidad de Chile.*

Macarena Lizama Calvo  
*Profesora Asociada, Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

---

## Comité Editorial Internacional

Eduardo Bancalari M.D.  
*University of Miami School of Medicine*

Ricardo Uauy, M.D.  
*London School of Hygiene and Tropical Medicine,  
University of London*

Fernando D. Martínez, M.D.  
*The University of Arizona*

Sergio Stagno, M.D.  
*Department of Pediatrics,  
University of Alabama at Birmingham*

Gastón Zilleruelo, M.D.  
*Miller School of Medicine, University of Miami*

Fernando Moya, M.D.  
*New Hanover Regional Medical Center Coastal  
Carolina Neonatology, PLLC*

---

## Asesores Editoriales de Sección

### Artículos Originales

Arturo Borzutzky  
*Pontificia Universidad Católica de Chile*

Daniel Springmuller  
*Pontificia Universidad Católica de Chile*

Marta Azócar  
*H. Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile*

José Miguel Herrera  
*Universidad Andrés Bello, Clínica Indisa*

Guillermo Lay-Son  
*Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo*

Mariangela Maggiolo Landaeta  
*Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

### Casos Clínicos

Pedro-José López E.  
*H. Exequiel González Cortés,  
Clínica Alemana*

Luis Cárdenas M.  
*H. Luis Calvo Mackenna,  
Universidad de Chile*

María Luisa Ceballos  
*H. Luis Calvo Mackenna,  
Universidad de Chile*

### Imágenes

Florencia de Barbieri M.  
*Pontificia Universidad Católica de Chile*

Isabel Fuentealba F.  
*H. Luis Calvo Mackenna, Clínica Alemana*

Dimitri Parra R.  
*The Hospital for Sick Children, University of  
Toronto, Canadá*

Lizbet Pérez  
*H. José Joaquín Aguirre, Universidad de Chile*

Ximena Ortega  
*Clínica las Condes, Universidad de Chile*

Aníbal Espinoza Gamboa  
*H. San Borja Arriarán/Universidad de Chile.  
Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo*

---

## Asistente Editorial

Jennifer Montecinos Candia

---

# Sociedad Chilena de Pediatría

Miembro de la Asociación Latino Americana de Pediatría (ALAPE) y de la International Pediatric Association (IPA)

## Directorio 2021-2022

### Presidenta

Rossana Faúndez H.

### Vicepresidente

Jorge Fabres B.

### Secretario General

Jorge Carrasco V.

### Tesorero

Ricardo Ávila R.

### Secretaría de Actas y Reglamentos

Marcela Godoy P.

### Past President

Teresa Alarcón O.

### Director

Leonor Schenone C.

### Director

Italo Rossi S.

### Directora

Carolina Méndez B.

### Directora

Loreto Podestá L.

### Directora

Alejandra Zamorano W.

### Directora

Mónica González Y.

### Representante de Ramas y Comités

Leonor Schenone C.

Alejandra Zamorano W.

### Secretaría de Socios

Mónica González Y.

### Representante Secretaría de Educación Continua

Teresa Alarcón O.

### Presidente Secretaría de Educación Continua

Oscar Herrera G.

### Presidente Comisión de Investigación

Catalina Le Roy O.

### Editora Revista

### Estetoscopio y Sitio Web

Jimena Maluenda P.

### Editor Diario Mi Hijo

Francisco Moraga M.

### Presidentes de Filiales

#### Zona Norte:

##### Arica:

Leonor Schenone C.

##### Iquique:

Orquidea Arredondo B.

##### Antofagasta:

Claudia Rojo L.

##### El Loa:

Francisco Pérez D.

##### Atacama:

Yohanna Rincón O.

##### La Serena:

Felipe Slater C.

##### Valparaíso:

Claudio Cisterna S.

##### Aconcagua:

Gustavo Espinoza V.

#### Zona Sur:

##### O'Higgins:

Rosa Martínez B.

##### Maule:

Ruth Muñoz E.

##### Ñuble:

Juan Infante M.

##### Concepción:

Carolina Gajardo S.

##### Bío-Bío:

Pamela Navarrete C.

##### Araucanía:

Paulina Venegas N.

##### Los Lagos:

Marcela González P.

##### Los Ríos:

Loreto Podestá L.

##### Aysén:

Marco Reyes M.

##### Punta Arenas:

Alberto Martínez P.

### Presidentes de Ramas

#### Adolescencia

Claudia Sagredo B.

#### Anatomía Patológica

Luis Velozo P.

#### Atención Primaria

Inés Guerrero M.

#### Cardiología Infantil

Carlos Fernández C.

#### Dermatología

María Angélica Macías E.

#### Endocrinología y Diabetes

Carolina Sepúlveda R.

#### Enfermedades Respiratorias

María Angélica Palomino M.

#### Gastroenterología

Yalda Lucero A.

#### Genética

Esteban San Martín L.

#### Ginecología

María Rosa Olguí D.

#### Hematología-Oncología

Marcela Córdova A.

#### Infectología

Leonor Jofré M.

#### Inmuno-Reumatología

Pamela Morales M.

#### Intensivo Pediátrico

Adriana Diettes G.

#### Medicina del Deporte

Paulo Valderrama E.

#### Nefrología

Luis Bofill Chávez

#### Neonatología

Carolina Méndez B.

#### Neurología

Claudia Amarales O.

#### Nutrición

Claudia Torrejón S.

#### Oftalmología

Pablo Altschawer K.

#### Pediatría Ambulatoria

René Soto W.

#### Pediatría Hospitalista

Carmen Gloria Marambio Q.

#### Salud Mental

Loreto Podestá L.

### Presidentes de Comités

#### Arte y Cultura

María Eugenia Ávalos

#### Becados

Sebastián Arrieta E.

#### Deglución

Teresa Alarcón O.

#### Emergencias Pediátricas

Ida Concha M.

#### Ética

Inés Araneda A.

#### Hepatología

María Paz Muñoz F.

#### Lactancia Materna

Macarena Moya I.

#### Medios y Salud Infantojuvenil

Francisco Moraga M.

#### NANEAS

José Urrea A.

#### Parasitología

Isabel Noemi H.

#### Pediatría Social

Iván Silva L.

#### PINDA

Julia Palma B.

#### Salud Ambiental Infantil

Sandra Cortés A.

#### Seguimiento RN Alto Riesgo

Ivonne Dapremont O.

#### Seguridad Niño Pasajero

Sergio Rendich S.

#### SIDA

Elba Wu H.

---

# REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

Volumen 93, Suplemento No 1 Diciembre 2022

Volume 93, Supplement No 1, December 2022

**Presentación** ..... 9

## Índice de Trabajos por Temas

* Broncopulmonar	11
* Cardiología	13
* Cirugía Infantil	15
* Endocrino y Diabetes	18
* Gastroenterología	22
* Genética	24
* Hemato-Oncología	25
* Infectología	28
* Inmunología	34
* Misceláneas	36
* NANEAS	37
* Nefrología	38
* Neonatología	40
* Neurología	48
* Nutrición	50
* Pediatría Ambulatoria y Atención Primaria	51
* Salud Mental	53

**Índice de Autores** ..... 54





---

***Editora Invitada:***  
*Dra. Rossana Faúndez H.*

Nota: Los resúmenes fueron reproducidos utilizando los originales enviados por cada uno de los autores.



## TUBERCULOSIS RESISTENTE, IMPORTANCIA DE SU BÚSQUEDA Y ENFRENTAMIENTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Cortez M, Soto F, Maldonado A, Maldonado C*

*Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz.*

**Introducción:** La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, de transmisión por vía aérea. En Chile se realiza una vigilancia universal de la resistencia a fármacos antituberculosos, todos los pacientes deben tener el resultado de susceptibilidad a Rifampicina e Isoniacida. De existir resistencia, se realizarán pruebas de susceptibilidad a fármacos de segunda línea. Desde el año 2014 la vigilancia en nuestro país se realiza a través de pruebas de biología molecular, registrando desde entonces una resistencia a Rifampicina cercana al 1%, la cual se ha incrementado en el último tiempo, duplicando los casos a partir del año 2018. **Objetivo:** Considerar la infección por tuberculosis como un problema de salud pública vigente, reparando en los cambios demográficos que se han presentado en Chile en los últimos años y en las variaciones epidemiológicas que esto conlleva, como el aumento de resistencia a fármacos. Se debe considerar este hecho y desarrollar un plan de acción y capacitación de personal para la pesquisa precoz, tratamiento eficaz, seguimiento estricto y así favorecer resultados adecuados. En Chile esto se logra gracias al laboratorio nacional de referencia, que cuenta con tecnologías complejas para realizar la trazabilidad. Conocer la existencia de esta institución permite utilizar los recursos disponibles de forma precoz y adecuada. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años, sin antecedentes mórbidos, procedente de Haití, con cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general, baja de peso importante y tos escasa, consulta en servicio de urgencias por fiebre, odinofagia y disnea de inicio reciente. Se realiza antígeno covid 19 negativo, exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios elevados y radiografía de tórax con derrame pleural asociado a foco de condensación. Se continúa estudio con TAC de tórax que informa extenso compromiso pleural de hemitórax derecho y condensación basal ipsilateral. Se realiza toracocentesis obteniendo resultado de PCR (+) para *M. Tuberculosis* resistente a Rifampicina, por lo que se notifica caso a Comité Nacional para definir tratamiento de segunda línea. Paciente es presentado a cirugía de tórax y se efectúa videotoracoscopía para aseo y decorticación. Luego de evaluación inicia manejo con Bedaquilina, Moxifloxacino, Cicloserina y Linezolid, con buena respuesta. Se realiza seguimiento y farmacovigilancia activa de reacciones alérgicas. **Conclusiones:** La infección por *Mycobacterium Tuberculosis* continúa dentro de los cuadros prevalentes en nuestro medio, con un aumento en la aparición de cepas resistentes, lo cual se está transformando en un problema de salud pública. Para estos casos actualmente contamos con métodos diagnósticos confiables y seguros, y con disponibilidad de tratamientos totalmente orales, con buena tolerancia digestiva para mantener su uso prolongado, logrando alta eficacia y adherencia por parte de los pacientes.

## INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA PULMONAR POR *RASAMSONIA ARGILLACEA*: UNA INFECCIÓN POCO CONOCIDA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

*Carrillo A, Andrighetti MC, Cruz C, Guzmán P*

*Clínica Universidad de Los Andes, Chile.*

**Introducción:** *Rasamsonia argillacea* es un hongo filamentoso, previamente conocido como *Geosmithia argillacea*. Su detección supone un desafío ya que comúnmente se confunde con *Penicillium* o *Paecilomyces* por su morfología y requiere de estudios moleculares para su confirmación. Es un patógeno subdiagnosticado, pero que su identificación es importante ya que se ha descrito resistencia intrínseca a voriconazol. Puede producir colonización crónica de la vía aérea en pacientes con fibrosis quística (FQ). Existen casos descritos de enfermedad invasiva en pacientes con enfermedad granulomatosa crónica, neoplasias hematológicas y en pacientes con FQ recientemente trasplantados. Solo existe un caso publicado donde la *R. argillacea* se describe como causante de síntomas obstructivos en una paciente con FQ. No existen casos reportados en Chile sobre colonización o infección por *R. argillacea* en pacientes con FQ. **Objetivo:** Reportar un caso de infección por *R. argillacea* en paciente con FQ. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, 8 años, con FQ, fenotipo severo (mutación tipo II (Arg10067cys) y tipo I (G542x) diagnosticado durante periodo prenatal y con el antecedente de hospitalización en noviembre de 2021 por infección fúngica invasora por *Aspergillus fumigatus* y *Scedosporium* spp. Ingresó el 15 de mayo 2022 por descompensación de su patología de base, con congestión nasal, voz nasal, aumento de tos y afebril. Se decide hospitalización para manejo y evaluación multidisciplinaria, iniciando tratamiento antibiótico triasociado con cloxacilina + ceftazidima + amikacina y voriconazol IV, con previa toma de exámenes que arrojan lo siguiente: TAC con lesiones compatibles con infección fúngica, cultivo de expectoración inicialmente (+) para *Aspergillus fumigatus* y *R. argillacea*. Sin embargo, en estudio definitivo de cultivo de hongos de LBA se aísla *R. argillacea* complex como único agente. Se ajusta tratamiento antifúngico con caspofungina manteniendo voriconazol y tratamiento antibiótico de cloxacilina con ceftriaxona hasta completar 21 días. Estudio de susceptibilidad de antifungograma 27/05: *R. argillacea* con CIM altas para Voriconazol (>8 ug/ml), Fluconazol (>256 ug/ml) y adecuadas para caspofungina (0,008 ug/ml), posaconazol (0,5 ug/ml) y Anfotericina B (>2 ug/ml). A las 4 semanas de tratamiento se realiza nuevo LBA y TAC pulmonar, que evidencian progresión de las lesiones iniciales, con aparición de nuevas opacidades y persistencia de hifas en los cultivos, por lo que se debe asociar a la terapia anterior anfotericina liposomal endovenosa más nebulizada. Se extiende el periodo de tratamiento hasta el 11 de agosto cuando es dado de alta por mejoría de los parámetros clínicos, imagenológicos y de laboratorio. **Conclusiones:** La infección por fúngica pulmonar por *R. argillacea* es poco conocida, pero su frecuencia podría aumentar gracias a una mejor detección por técnicas moleculares. Considerar en pacientes con FQ que presenten empeoramiento de sus síntomas, especialmente para el tratamiento por su resistencia.

**HIPERPLASIA DE CÉLULAS NEUROENDOCRINAS EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.***Acuña J, Valenzuela T, Villalobos P, Alegría L, Alegría MJ, Escobar A*

HHHA Temuco.

**Introducción:** La hiperplasia de células neuroendocrinas (HNE) se caracteriza por una acumulación de células en el intersticio pulmonar, en ocasiones, gatillado por una infección viral. Se caracteriza clínicamente por taquipnea, retracciones de partes blandas, crepitaciones e hipoxemia. Se ha relacionado con alteraciones en el sueño. Puede haber anomalías en el crecimiento, irritabilidad, hiperactividad o somnolencia diurna. En las pruebas de función pulmonar, se evidencia obstrucción y atrapamiento aéreo. Radiografía de Tórax con signos de hiperinsuflación. La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax permite confirmar el diagnóstico en la mayor parte de los casos, sobre todo ante la presencia del patrón de vidrio esmerilado y atrapamiento aéreo. En los casos de presentación atípica, con diagnóstico incierto es necesario realizar Biopsia pulmonar. No tiene un tratamiento específico, siendo esencial el manejo de soporte en estos casos. La mayoría de los pacientes evolucionan con declinación de los síntomas, mejorando espontáneamente en meses o en los primeros años de vida. **Objetivo:** Revisión de la literatura en base a un caso clínico de una patología infrecuente en pediatría, pero que se debe sospechar ante la presencia de taquipnea persistente en un lactante. **Caso Clínico:** Paciente de 7 meses, antecedente de ductus arterioso persistente (DAP), diagnosticado al nacer y múltiples consultas por cuadros obstructivos. Ingresó a pediatría para estudio por taquipnea, uso de musculatura accesoria y curva de crecimiento estacionario; dentro de su estudio destaca: ecocardiografía: DAP cerrado, sin otros hallazgos. **Exámenes:** hemograma, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos e inmunoglobulinas normales y gases arteriales con hipoxemia. TAC de tórax que es evaluado por equipo broncopulmonar, con patrón de vidrio esmerilado en ápices y segmentos anteriores de lóbulos inferiores, compatible con compromiso de parénquima pulmonar. Posteriormente se reevalúa TAC con radióloga infantil, quien sugiere diagnóstico de hiperplasia de células neuroendocrinas. Dado de alta en buenas condiciones, ingresado a programa de oxígeno domiciliario con control ambulatorio en policlínico de broncopulmonar infantil. **Conclusiones:** Si bien, la HNE es una patología poco frecuente en pediatría, es de las causas de EPI de mejor pronóstico y accesible diagnóstico, por lo que su sospecha es vital para optimizar el manejo de estos pacientes, que se basa principalmente en medidas de soporte, siendo el oxígeno suplementario de las terapias más importante.

**MIXOMA DE LA VÁLVULA MITRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO.**

*Pascual M, Pérez D, Fernández C, Sánchez L, Fernández V, Pérez D*

*Clínica Santa María.*

**Introducción:** Los mixomas a pesar de ser los tumores cardíacos más frecuentes en la población adulta, son raros en edad pediátrica, más aún con una ubicación valvular. En este caso, la localización y características imagenológicas orientaban a un fibroelastoma, sin embargo, el diagnóstico definitivo de Mixoma fue otorgado por el análisis histológico. **Objetivo:** Se presentará un caso clínico de un paciente pediátrico con un mixoma auricular en válvula mitral. **Caso Clínico:** Lactante menor de 4 meses de edad, con antecedentes de monorrena derecha y malformación ano rectal corregida a los dos meses de vida. En control de seguimiento de síndrome malformativo se encuentra en buenas condiciones generales. Se solicita ecocardiograma en donde se evidencia una lesión ovoide, móvil e hiperrefringente de 6,5 x 8,5 mm adherida a punta de velo anterior de válvula mitral, impresiona adosada a base de cuerdas tendíneas. Tiende a asomarse a porción proximal del tracto de salida del VI en sístole, sin causar obstrucción subaórtica. Se amplía estudio con Holter de arritmias, electrocardiograma y radiografía de tórax, dichos exámenes dentro de la normalidad. Se realiza seguimiento con ecocardiogramas seriados, sin aumento de la lesión a los 8 meses de vida. Se decide ampliar estudio con RNM magnética, donde se describe lesión nodular ovalada, ubicada en ventrículo izquierdo la cual depende de cuerdas tendíneas compatible con fibroelastoma papilar. Sin obstrucción de tracto de salida VI. Signos de disfunción diastólica precoz del ventrículo derecho. Mide aproximadamente 6x8 mm, tamaño similar a medido en ecocardiogramas previos. Se discute caso en reunión clínica de equipo cardioquirúrgico y se decide resolución quirúrgica. Se logra realizar intervención a los 22 meses de edad, en donde se identifica tumor de características mamelonadas algo quístico con contenido hemático, asentado en cabeza de músculo papilar latero-lateral, cuyas cuerdas tendíneas fueron reemplazadas por el tumor, que además se inserta en comisura anterior. Se extirpó íntegramente la lesión, se resecó de la base del músculo papilar y se desprendió de los bordes de ambos velos. Se fijó músculo papilar hacia la comisura y luego se cerró comisura anterior. A las 72 hrs. de postoperatorio, paciente evolucionó con taquicardia auricular ectópica, tratada con propanolol con buena respuesta. Evolucionó favorablemente y es dada de alta. La biopsia fue informada como lesión mixoide, con caracteres de tumor papilar, compatible con etapa inicial de mixoma auricular. Paciente en buenas condiciones generales, en controles cardiológicos periódicos, asintomática, con último ecocardiograma realizado a los dos meses de la cirugía, sin nueva lesión tumoral ni insuficiencia valvular. **Conclusiones:** Los mixomas son raros en pediatría, más aún con una ubicación valvular. Ante la sospecha de un tumor cardíaco resulta imprescindible establecer un abordaje escalonado y multidisciplinario, y con ello individualizar el plan terapéutico de cada paciente.

**DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DESENLACES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON PIMS -TS Y MIS-C.**

*Martínez E, Astudillo P, Alarcón G, Schulze C, Valenzuela G*

*Hospital Sótero del Río.*

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 conduce a una enfermedad que se ha masificado en los últimos 2 años produciendo diferentes manifestaciones desde neumonías hasta complicaciones como miocarditis y encefalitis. La motivación de este trabajo es la comparación del síndrome inflamatorio sistémico asociado a COVID-19 entre aquellos que son clasificados como PIMS (según OMS) o MISC (Según CDC). **Objetivo:** Determinar la diferencia en la presentación clínica y desenlaces de pacientes hospitalizados con PIMS -TS y MIS-C y sus requerimientos durante la hospitalización. **Materiales:** Este estudio es multicéntrico y prospectivo, reclutando pacientes desde 2019 a 2022. Se incluyeron pacientes con PCR SARS-CoV-2 positivo de edades desde 0 a 19 años, que cumplen criterios PIMS (según OMS) o MISC (Según CDC), con un registro codificado de pacientes que se hospitalizaron en la Red de Salud UC-Christus, CASR y Hospital de La Florida. Se realizó estadística descriptiva y analítica para comparar las características demográficas previas y presentación clínica al ingreso hospitalarios. **Resultados:** De un total de 404 pacientes con COVID positivo, solo 28 pacientes cumplieron con criterios PIMS/MISC. No hubo diferencias por edad para el comportamiento de factores inflamatorios para el desarrollo de PIMS o MISC. La mediana de los pacientes que desarrollaron PIMS es de 7,2 años (0,91 – 14,20), mientras que la mediana de MISC es de 5,2 años (2,39 -7,36. P=0,53). El 44% de los niños con PIMS es de sexo masculino versus el 53% de los niños con MISC (P=0,48). En cuanto a los síntomas, los respiratorios, la tos se presentó en un 44% en PIMS vs un 15,4% en MISC (P=0,132) y disnea en un 22,2% vs 7,7% respectivamente (P=0,329). Un 44,4% de los pacientes con PIMS presentó rinorrea vs 0% de los niños con MISC (P=0,008). El Rash se presentó en un 11,1% de los pacientes que desarrollaron PIMS vs 69,2% MISC. Finalmente, el dolor abdominal se presentó en el 11,1% de los pacientes PIMS vs el 61,5% de los pacientes con MISC. En cuanto a las comorbilidades, las malformaciones congénitas y condiciones genéticas se dan más frecuentemente en PIMS que en MISC (22,2% vs 0% respectivamente. P=0,075). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre inmunosupresión y enfermedades respiratorias (P=0,329). Relacionado a los desenlaces, el requerimiento de oxigenoterapia fue mas frecuente en PIMS en un 77,8% vs MISC en un 15,4% (P=0,003); destacando mayor requerimiento de VMNI en un 33,3% en PIMS vs 0% en MISC, pero sin diferencias en el uso de CNAF (P=0,33). El uso de DVA fue de mayor proporción en PIMS que en MISC con un 66,8% vs 0% respectivamente. **Conclusiones:** En conclusión, los pacientes con PIMS presentaron mayores condiciones médicamente complejas, mayor sintomatología respiratoria, más necesidad de oxigenoterapia, ventilación y soporte hemodinámico con DVA. Por otro lado, los pacientes con MISC presentaron mas rash y dolor abdominal. Estudios multicéntricos son necesarios para establecer el rol de las definiciones operacionales.

**ENFERMEDAD DE KAWASAKI RECURRENTE Y REFRACTARIA A TRATAMIENTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

*Venegas S, Ramírez MJ, Díaz E*

*Hospital de niños Roberto del Río.*

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis de vaso mediano, autolimitada y de causa desconocida. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y de laboratorio. Su principal complicación es el compromiso coronario, cuyo riesgo se puede disminuir con un tratamiento oportuno. La Inmunoglobulina endovenosa es la primera línea de tratamiento, en pacientes con riesgo coronario se pueden asociar corticoides. En un pequeño grupo de pacientes requiere un segundo pulso de inmunoglobulina y otro grupo más reducido requiere de otros medicamentos por persistencia de Fiebre. Existe una entidad menos conocida que es el Kawasaki recurrente cuya incidencia varía entre el 0,8% -1% y se presenta principalmente en niños cuyo primer episodio es antes de los 3 años, sexo masculino, resistencia a IGEV en el primer episodio. De difícil sospecha por contexto epidemiológico actual porque se agrega el Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-COV-2 (SIM-C) como diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Presentar caso de Enfermedad Kawasaki refractario a tratamiento en paciente con antecedentes EK anterior. **Caso Clínico:** Escolar masculino, 5 años, con antecedentes de EK a los 4 años. con cuadro febril de 5 días de asociado a aumento de volumen cervical, lesiones maculares en extremidades, edema de manos, inyección conjuntival, diarrea y vómitos. Con Perfil hematológico normal, hiperbilirrubinemia y leve elevación de enzimas hepáticas, PCR 86, hiponatremia 133. Dado antecedente de EK y momento epidemiológico se sospecha SIM-C. Se solicita serología (IgG E IgM) SARS-COV y se inicia tratamiento según protocolo MIS-C con IGEV y metilprednisolona. Serología resulta negativa. Persiste febril posterior a paso de IG. Se solicita ecocardiograma que muestra dilatación coronaria izquierda. Se inicia segundo pulso de IgG. En curso de 3 días dilatación coronaria progresa a Aneurisma de coronaria izquierda, circunfleja y descendente anterior. A las 48 horas del segundo pulso de IGEV reinicia fiebre e inyección conjuntival. Se decide inicio de Infliximab, presenta respuesta favorable con remisión completa de fiebre y resto de síntomas. **Conclusiones:** La enfermedad de Kawasaki debe tener alto índice de sospecha aún, cuando exista el antecedente de otro episodio, también es de gran relevancia hacer diagnóstico diferencial con SIM-C. Por contexto epidemiológico actual sin retrasar el inicio de tratamiento permitiendo el diagnóstico precoz y, en consecuencia, disminución de riesgo de compromiso coronario.

**TORSIÓN TESTICULAR PRENATAL. ¿QUÉ HACER? A PROPÓSITO DE UN CASO.***Valdés C, Cádiz C, Bustos R, Ureta S, Becker C, Silva C, Pinto M**Servicio Neonatología Clínica Las Condes / Universidad Finis Terrae*

**Introducción:** La torsión testicular es una emergencia habitualmente muy sintomática; sin embargo, algunas pueden ocurrir en el ambiente intrauterino y, por ende, sin manifestaciones perceptibles. Las secuelas varían dependiendo del tiempo transcurrido. Cuando ocurre en el periodo prenatal o dentro del primer mes de vida, se conoce como torsión testicular perinatal, una patología infrecuente que ocurre en 6.1/100.000 nacidos vivos, aunque la verdadera incidencia puede ser mayor, puesto que, entre la torsión y el nacimiento, cuando ocurre de forma precoz en la gestación, puede haber ausencia de testículo por reabsorción. Si ocurre después de las 34 semanas, que es lo más frecuente, se observa al nacimiento un testículo aumentado de tamaño, indoloro y de consistencia dura. El diagnóstico por ultrasonografía prenatal es difícil por la disminución fisiológica del flujo testicular in-útero, consecuentemente, la sospecha es clínica en la evaluación de recién nacido y el examen confirmatorio la ecografía con doppler color. La mayoría de los casos son de tipo extravaginal (90%) en la porción distal del cordón espermático, lo que determina bajo riesgo de torsión contralateral, distinto a lo observado en la infancia que son mayormente de tipo intravaginal. Por esta razón, en la indicación de orquidopexia contralateral hay acuerdo; sin embargo, en la necesidad de exéresis no hay consenso y es controvertido, por lo que se presenta este caso para aportar al debate en una conducta poco consensuada. **Objetivo:** Reportar caso de torsión testicular prenatal con las consiguientes dificultades diagnósticas y terapéuticas. **Caso Clínico:** RNT, embarazo fisiológico, cesárea por causa materna, EG 39 semanas, Apgar 9-9, peso nacimiento 3.085 gramos. En examen, destacó teste izquierdo aumentado de volumen, indurado, indoloro y con transluminación negativa. Se realizó ultrasonografía con doppler, que informó alteraciones compatibles con torsión ocurrida in-útero. Se decidió exploración quirúrgica, que confirmó necrosis de testículo izquierdo. Se llevó a cabo exéresis y orquidopexia a derecha. Procedimiento bien tolerado y sin complicaciones. Se dio de alta con lactancia materna exclusiva, pesando 3.200 gramos. Posteriormente presentó un crecimiento y desarrollo normal sin consecuencias post operatorias. **Conclusiones:** La torsión testicular prenatal por su baja frecuencia es de difícil sospecha. Por esta razón, durante el examen genital del recién nacido, se debe sospechar esta patología ante un testículo indoloro, aumentado de tamaño y/o indurado. Hay consenso en la necesidad de orquidopexia contralateral, pero la exéresis está en discusión.

**CIRUGÍA PRENATAL DE MIELOMENINGOCELE: RESULTADOS AL AÑO DE VIDA.***Valdés C, Cádiz C, Becker C, Ureta S, Villalón H, Pinto M**Unidad de Neonatología Clínica Las Condes / Universidad Finis Terrae.*

**Introducción:** El mielomeningocele (MMC) corresponde a la exposición del tejido neural, o de las meninges, con un saco lleno de líquido que sobresale a nivel vertebral afectado. Esto ocurre durante el desarrollo embrionario, debido al cierre incompleto del tubo neural en el primer mes de embarazo. Es la forma más común de espina bífida, con una prevalencia de 0.8-1/1.000 nacimientos a nivel mundial y presenta una mortalidad de hasta 30% en nacidos vivos dentro de los primeros 5 años de vida. Estos pacientes presentan una alta tasa de discapacidad asociada, que dependerá del sitio vertebral afectado. La cirugía prenatal de MMC ha mostrado una disminución significativa en la necesidad de instalación de válvulas de derivación, además de reducir la tasa de herniación y de mejorar la función motora a 30 meses de seguimiento en comparación con la cirugía postnatal. **Objetivo:** Reportar el resultado de cirugía prenatal de MMC al año de edad. **Materiales:** Se realizó seguimiento y evaluación al año de vida a 10 niños sometidos a cirugía prenatal de MMC en un hospital de Santiago de Chile. El peso al nacer de la muestra fue de 1806 (+/- 543g), con una edad gestacional (EG) media al momento de la cirugía de 24 (22-26) semanas, y EG al nacimiento de 33 (25-36 semanas). **Resultados:** Del total de pacientes, sólo el 10% (1/10) requirió instalación de válvula de derivación por hidrocefalia. Sólo un paciente (n=1/10, 10%) manifestó retraso en el neurodesarrollo, mientras que 90% (9/10) presentó discapacidad en miembros inferiores. En 70% (7/10) se observó vejiga neurogénica y en 6 constipación severa (6/10,60%). **Conclusiones:** En este estudio se observó que la cirugía de MMC prenatal tiene una menor tasa de retraso en el neurodesarrollo y disminución en los requerimientos de derivación en hidrocefalia, lo que es consistente con los hallazgos reportados en la literatura. Destaca la alta tasa de disfunción motora, vesical y anal presentada al año de vida. Se requiere de más estudios para evidenciar potenciales beneficios de la cirugía prenatal en el pronóstico de pacientes MMC.



**TORSIÓN TESTICULAR INTERMITENTE, INFRECUENTE CAUSA DE VÓMITOS CÍCLICOS. REPORTE DE UN CASO.***Valdés C, Becker C, Ureta S, Villalón H**Servicio De Neonatología Clínica Las Condes/ Universidad Finis Terrae.*

**Introducción:** Torsión testicular es la rotación del cordón espermático y su contenido, generando un potencial daño isquémico e irreversible en el testículo. Es la emergencia urológica más grave en pediatría y puede ser difícil de diferenciar otras causas del síndrome de escroto agudo pediátrico: orquioepididimitis, hidrocele infectado y torsión de la hidátide. 15% de los casos de síndrome escrotal agudo son por torsión e incidencia estimada de 3.8/100.000, con predominio en el primer año de vida y a los 12 años. Suele presentarse con el cuadro clásico del síndrome escrotal agudo, en el cual los vómitos son un intercurrente habitual por el origen peritoneal de alguna de sus estructuras. Este caso aporta a un inhabitual diagnóstico diferencial de vómitos cíclicos en un escolar, en el cual el dolor no fue el elemento clínico que permitió el diagnóstico. **Objetivo:** Reportar causa infrecuente de vómitos cíclicos por torsión testicular intermitente. **Caso Clínico:** Escolar de 10 años con mutismo selectivo que consulta por crisis de vómitos intermitentes de 1 mes de evolución. Se realizaron múltiples estudios con imágenes abdominales y exámenes descartando patología metabólica y endocrina. Manejado con analgésicos con lo que cedían los episodios y se daba de alta. En el último episodio se realizó RNM demostrando proceso inflamatorio testicular y epididimitis; ultrasonografía sugiere tumor. Evaluado por urólogo 25 días después, que constata consistencia de tipo tumoral con marcadores tumorales normales. Ecografía Doppler muestra hipotrofia testicular unilateral, en posición transversa, epidídimo prominente, parénquima heterogéneo, albugínea engrosada, cordón espermático rotado al entrar a la cavidad y aumento vascular en parénquima y epidídimo. Se planteó torsión testicular de larga data. Se realizó destorsión y orquidopexia inmediata al rafe con buena evolución posterior. **Conclusiones:** La torsión testicular representa un riesgo grave para los niños, pudiendo tener consecuencias funcionales severas. Por esto, debemos incluir esta causa de vómitos en nuestro algoritmo diagnóstico. Dado que requiere resolución quirúrgica antes de 6 horas debemos derivar al servicio de Urgencias inmediatamente ante la sospecha.

**ATRESIA COLON TIPO III. A PROPÓSITO DE UN CASO.***Noda JA, Russo P, Garabito MA**Hospital El Carmen, Maipú, Santiago de Chile.*

**Introducción:** La atresia de colon es una forma poco frecuente de atresia intestinal. Representa el 1.8 a 10% de todas las atresias y estenosis intestinales. Es una obstrucción de la luz del colon debida a un daño vascular mesentérico o a un vólvulo intestinal durante el desarrollo intrauterino. Además de los signos y síntomas del lactante, el colon por enema apoya el diagnóstico. Si la atresia de colon se diagnostica de manera temprana se interviene quirúrgicamente de forma eficaz e inmediata. Sin patologías asociadas, la mortalidad es de menos del 10%. **Objetivo:** Exponer la experiencia en manejo de atresia colónica tipo III en neonatos con manejo quirúrgico inmediato. **Caso Clínico:** Reportamos caso de RN masculino, producto de I gesta, madre de 22 años con antecedente de trastorno por uso de sustancias. Embarazo controlado desde las 8 sem. Exámenes normales y último eco a las 37 semanas sin alteraciones. Nace a término, AEG de 40 semanas. Parto eutócico simple sin complicaciones, con un APGAR 9-9, en buenas condiciones. Evoluciona con distensión abdominal progresiva, rechazo alimentario, náuseas, vómitos biliosos y ausencia de meconio desde el nacimiento. Se realizó rx de abdomen baritado evidenciando distensión de asas intestinales, compatibles con obstrucción intestinal y es llevado a mesa quirúrgica. Ingresa a pabellón, previo al inicio de la cirugía se realiza colostograma constatando microcolon hasta nivel transversal donde se detiene el mismo. Se realiza laparotomía exploratoria, constatando hallazgos. Identificación de sitio de realización de ileostomía, sección del mismo, descompresión y lavado a distal con sonda de nelaton e irrigación, obteniendo abundante material meconial, descomprimiendo el colon proximal. Liberación del extremo distal de la atresia, sección del mismo y lavado de su luz con irrigación con sonda. Se realiza anastomosis latero-lateral colo-colónica, quedando permeable y hemostática; cierre del defecto en V; realización de apendicectomía. Incisión transversal en fosa iliaca derecha para exteriorizar y maduración de ostomas de ileostomía. Se comprueba de forma satisfactoria permeabilidad de ambos extremos y colocación final de bolsa de colostomía. Egresos con evolución favorable. **Conclusiones:** La obstrucción intestinal es la urgencia quirúrgica más común en el periodo neonatal. Su diagnóstico temprano y preciso es primordial para el manejo adecuado del paciente. Por lo general el problema se presenta en recién nacidos de término y se inician las manifestaciones clínicas en las primeras horas de vida con vómitos biliares, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, deshidratación y sepsis. El paciente presentaba una atresia de colon tipo III, que es la forma más común a nivel de la flexura esplénica. Concluimos que el síndrome oclusivo intestinal neonatal continúa siendo un reto diagnóstico, sin embargo, al contar con el ultrasonido prenatal se puede obtener un diagnóstico oportuno, disminuyendo la mortalidad y los costos sanitarios ocasionados por las complicaciones.



**DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELACIÓN ANATOMOCLÍNICA ENTRE HALLAZGO MACROSCÓPICO E HISTOLOGÍA ENCONTRADA DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO.**

*Queupán L, Valenzuela M, Lira J, Ávila R, Velozo L, Cruz D, Pincheira C*

*Hospital Roberto del Río.*

**Introducción:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Su presentación clínica es muy variada, desde una condición asintomática hasta complicaciones graves que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia. La resección profiláctica se decide durante el acto quirúrgico. **Objetivo:** Analizar la relación entre hallazgo macroscópico, técnica quirúrgica e histología encontrada en pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel en el hospital Roberto del Río entre los años 2012 -2022. **Materiales:** Revisión retrospectiva de diagnóstico anatomopatológicos de divertículo de Meckel y los protocolos quirúrgicos entre los años 2012-2022. Se registraron 31 casos. Se identificó género, edad, distancia desde válvula ileocecal, presentación clínica, estadía hospitalaria, complicaciones, características macroscópicas durante cirugía, histología y técnicas quirúrgicas, los resultados se comparan con los hallazgos de un trabajo similar efectuado en el hospital de niños Roberto del río entre los años 2000 y 2012. **Resultados:** 31 pacientes identificados (7 femeninos y 24 masculinos). La edad promedio fue de 4 años (2 días - 14 años). La distancia promedio desde la válvula ileocecal fue 56,85 centímetros (20-100 cms.). 10 pacientes (32%) asintomáticos (hallazgo intraoperatorio) y 21 sintomáticos (68%). Según presentación clínica: hemorragia digestiva (n=6), divertículo perforado (n=3), invaginación intestinal (n=3), obstrucción intestinal (n=5), plastrón diverticular (n=1), diverticulitis (n=1), hernia de Littré (n=1) y quiste onfalomesentérico (n=1). La estadía promedio fue 9,1 días (2 -26 días). La biopsia reveló: mucosa gástrica 50%, intestinal 38%, intestinal y gástrica 12%. La técnica quirúrgica realizada: laparotomía (n=19), laparoscopia (n=8), técnica video asistida (n=4). **Conclusiones:** En el presente estudio no se registró mortalidad asociada a la patología. El predominio masculino (3.4/1) observado es concordante con la literatura. Al comparar los datos con los resultados obtenidos de la publicación previa, la presentación clínica predominante en ambos trabajos fue la hemorragia digestiva, que coincide con la literatura. En esta revisión, no se evidencia presencia de mucosa pancreática a diferencia del 3% encontrada en el trabajo anterior. De los divertículos encontrados incidentalmente, se resecó en un 70% de los casos.

**DEBUT DIABETES MELLITUS 1 TRAS ESTOMATITIS HERPÉTICA: REPORTE DE UN CASO.**

*Carrillo A, Canahuate A, Díaz J, Dabed F, López G, Hevia M*

*Facultad de Medicina Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más frecuente de la infancia. Se caracteriza por un déficit de insulina tras la destrucción de células beta pancreáticas por auto anticuerpos. Esta enfermedad ocurre en sujetos genéticamente predispuestos y es gatillada por agentes ambientales. Las infecciones víricas se han visto frecuentemente implicadas como agentes causales de la patogénesis de la DM1, pero no de forma concluyente. En modelos animales, se ha evidenciado que los virus pueden causar diabetes por destrucción directa o gatillando una respuesta inmune. La correlación más clara es con Enterovirus. Existe poca evidencia en relación al virus herpes simplex (VHS), siendo la gingivoestomatitis herpética la manifestación clínica más frecuente de la primoinfección. **Objetivo:** Reportar un caso de debut de diabetes mellitus tipo 1 tras una gingivoestomatitis herpética. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 6 años y 9 meses de edad, sano, sin antecedentes familiares de DM, patología autoinmune ni tiroidea. Cursa cuadro de 1 mes de evolución que inicia con odinofagia, fiebre hasta 39.5°C y lesiones labiales, es diagnosticado en extrasistema con amigdalitis bacteriana y tratado con amoxicilina, sin mejoría clínica. Evoluciona a las 2 semanas con mayor compromiso del estado general, asociado a pérdida de peso, polidipsia, poliuria y enuresis, por lo que consulta al Servicio de Urgencias el 23 de octubre 2021. Al examen físico de ingreso destaca taquicardia, faringe eritematosa con vesículas, gingivitis, aftas orales y labiales. Resto normal. Del laboratorio: glicemia 213, pH 7.31, HCO<sub>3</sub> 18.7, cetonemia +, cetonuria +++, glucosuria 500. Se hospitaliza en UPC con diagnóstico de debut DM1 y Cetoacidosis diabética (CAD) leve. **Conclusiones:** La patogenia de la DM1 no está bien dilucidada, los virus parecen tener un importante rol gatillante. Por lo que, frente a un debut de DM1 en niños, es imprescindible recabar antecedentes de infecciones virales previas. Dentro de ella, no olvidar la gingivoestomatitis herpética, dada su alta prevalencia en la población infantil.

**COMPARACIÓN DE CASOS DE PUBERTAD PRECOZ DURANTE EL PERIODO 2019- 2020 Y 2021-2022: OTRA ARISTA DE LA PANDEMIA.**

*Torres J, Spano A, Stevenson D, Arancibia M, Soto J, Campos L*

*Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.*

**Introducción:** La pandemia por SARS CoV-2 ha tenido repercusiones en enfermedades endocrinológicas de gran alcance a nivel mundial. Entre estas destaca el aumento de incidencia de pubertad precoz central (PPC), evidenciado en estudios internacionales de Italia, Gran Bretaña y China. En vista que no contamos con información local de la incidencia de PPC, consideramos relevante realizar una comparación entre la incidencia previa y durante la pandemia. **Objetivo:** Realizar una evaluación retrospectiva de la incidencia de pubertad precoz central (PPC) y sus características principales en pacientes diagnosticados antes y durante el confinamiento por COVID-19, comparando los datos correspondientes a los años 2019-2020 y 2021-2022. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron 291 fichas clínicas con diagnóstico confirmado de PPC de pacientes atendidos en el Hospital las Higueras, Talcahuano durante los periodos abril 2019 a marzo 2020 (Grupo 1) y abril 2021 a marzo 2022 (Grupo 2). Se registraron las variables: sexo, edad del diagnóstico, edad de inicio de telarquia, adrenarquia, pubarquia y menarquia; estadio Tanner mamario y vello púbico al diagnóstico, percentil de IMC al diagnóstico, edad ósea al diagnóstico, diferencia entre edad ósea y edad cronológica al diagnóstico. Se analizó de forma independiente a la población femenina y masculina. Para el análisis de significancia estadística se utilizó el test exacto de Fisher y la distribución T de Student, con  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se registraron 112 casos (108 femenino y 4 masculino) en el Grupo 1 vs 179 casos (169 femenino y 10 masculino) en el Grupo 2 con un aumento de 59,8%. En mujeres, las diferencias fueron estadísticamente significativas en las variables: Tanner mamario al diagnóstico ( $p 0.001$ ), edad de inicio de telarquia ( $p 0.008$ ) y edad de menarquia ( $p 0.035$ ). La diferencia entre la edad ósea y edad cronológica al diagnóstico casi alcanza la significancia estadística ( $p 0.051$ ). En varones, la edad de inicio de pubarquia presenta una diferencia estadísticamente significativa ( $p 0.015$ ), mientras que la variable edad al inicio de los hitos del desarrollo puberal se acercó a la significancia estadística ( $p 0.051$ ). Las variables no mencionadas no fueron estadísticamente significativas, destacando el percentil de IMC al diagnóstico ( $p 0.809$  en mujeres y  $p 0.507$  en varones). **Conclusiones:** Nuestros datos muestran una mayor incidencia de PPC, una aparición del botón mamario a menor edad y una progresión puberal más rápida evidenciada en la edad de la menarquia durante la pandemia. La literatura señala como posibles factores desencadenantes el aumento de IMC y factores estresantes que no pudimos evidenciar en nuestra investigación, por lo que es necesario realizar más estudios para evaluar otros gatillantes etiopatogénicos.

**NÓDULO TIROIDEO FUNCIONANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.***Darritchon S, Kassisse J, Vivanco M**Hospital Roberto del Río.*

**Introducción:** Los nódulos tiroideos son infrecuentes en pediatría (1-2%), sin embargo, presentan alto riesgo de malignidad (entre 9.2 a 50% según la serie consultada). La glándula tiroidea en niños es más susceptible a la irradiación y carcinogénesis, por lo que es importante incorporarla a la evaluación de rutina en cada control pediátrico. **Objetivo:** Presentar un caso de nódulo tiroideo palpable sintomático en edad pediátrica. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 9 años 9 meses, sin antecedentes de relevancia quien consulta por signos de pubertad precoz. Al examen físico destaca aumento de volumen palpable a nivel del lóbulo tiroideo derecho de 2cm, duro, no pétreo y sin adenopatías como hallazgo incidental. Se solicitó ecografía tiroidea que evidenció “Nódulo tiroideo derecho de 2.5 cm x 1.8 cm x 1.8 cm TI-RADS 4”. Se realiza biopsia PAAF: “Hiperplasia nodular de tiroidea, negativo para células cancerígenas, BETHESDA 2”. En el siguiente control clínico, destaca examen físico con signos sugerentes de hipertiroidismo (taquicardia, fasciculaciones en lengua, temblor en reposo). Laboratorio: Hemograma y perfil bioquímico normal, TSH: 0.01, T4L: 2.24 y anticuerpo anti-tiroglobulina, anti-tiroperoxidasa y anti-receptor de TSH negativos. Se realiza cintigrama tiroideo Tc99 que evidencia nódulo tóxico de 2.5 cm. Se programa hemitiroidectomía (aún pendiente de realizar) y se inicia tratamiento sintomático con atenolol 50 mg/día. **Conclusiones:** Es importante el diagnóstico, manejo y tratamiento del nódulo tiroideo ya que son la forma de presentación más frecuente del cáncer tiroideo. Dentro de los nódulos tiroideos, los nódulos funcionantes son menos frecuentes y pocas veces malignos.

**HIPERTIROIDISMO NEONATAL. ¿ CUÁNDO TRATARLO ?***Alday N, González P, Ortiz**Clínica Red Salud Santiago.*

**Introducción:** El hipertiroidismo neonatal clínico es poco frecuente, pero potencialmente muy grave. La principal causa es la presencia de anticuerpos TRABS maternos en el feto y o recién nacido y que han llegado a esta vía transplacentaria. Todo recién nacido hijo de madre TRABS positivos debe ser controlado. Uno de los dilemas en el manejo es si se trata el paciente con hipertiroidismo bioquímico o solo el con hipertiroidismo clínico. **Objetivo:** Analizar manejo y seguimiento de recién nacido hijo de madre TRABS positivos. **Caso Clínico:** Antecedentes maternos: Madre nulípara de 31 años, antecedentes de 3 gestas, partos 0 y abortos 2 y un antecedente de hipertiroidismo con resolución quirúrgica. Actualmente en tratamiento por hipotiroidismo y TRABS positivos de 35 UI/L, Recién nacido: masculino de 38 semanas, parto vaginal, longitud de 51 cm, circunferencia craneana de 34 cm, un Apgar de 6 – 8 – 9. Posteriormente evoluciona de manera asintomática, control defunción tiroidea las 48 has de vida con resultado de TSH 0,01, T3 2,21, T4 4,55, otra. Se decide hospitalizar para mantener monitorizado. Evoluciona con episodios de taquicardia intermitentes. Ecografía tiroidea se informa como normal y TRABS se encuentran elevados (23 UI/L). Un nuevo control de función tiroidea muestra progresión del hipertiroidismo bioquímico TSH: 0,01 mIU/L, T3: 2,26 (en ascenso), T4L: 5,87 (en ascenso), T4: 23 ug /dl. Ante este aumento de función tiroidea, se decide iniciar terapia con Thyrozol 1,5 mg al día, lográndose normalizar función tiroidea estando paciente asintomático, se decide alta y control ambulatorio. Post alta evoluciona asintomático, y con tendencia a hipotiroidismo por lo que se suspende thyrozol y luego se inicia levotiroxina por presentar hipotiroidismo con características bioquímicas de hipotiroidismo central, lográndose normalizar la función tiroidea. **Conclusiones:** Todo recién nacido hijo de madre TRABS positivos debe ser vigilado. Se sabe que mientras más altos los niveles de TRAB en la madre y en recién nacido, mayor es el riesgo e hipertiroidismo neonatal, ambos hechos están presente en nuestro paciente y eso motivo su estricta vigilancia. La indicación de tratar o no el hipertiroidismo bioquímico en RN no es claro, en nuestro caso creemos que fue una decisión adecuada. El seguimiento ambulatorio de estos niños debe ser estricto por la posibilidad de evolucionar a hipotiroidismo central, cosa que ocurrió en nuestro paciente y esta condición debe ser tratada por las negativas consecuencias para el paciente de estar bajo una condición de hipotiroidismo.

**OSTEOPOROSIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA, Y USO DE BIFOSFONATOS COMO TRATAMIENTO.***Medina A, Ortiz G**Clínica Dávila.*

**Introducción:** La osteoporosis no es una patología infrecuente en la edad pediátrica y debemos tenerla en cuenta y sospechar fragilidad ósea en aquellos pacientes que presentan fracturas ante mínimos impactos o ante la presencia de hallazgos clínicos o en exploraciones complementarias. Conocemos como Osteoporosis Primarias, o secundaria asociada a enfermedades sistémicas que tengan una base hormonal, nutricional, o por el uso prologado de ciertos fármacos que intervienen en la mineralización ósea. El estudio de elección para el diagnóstico de la Osteoporosis es la absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA). El tratamiento de esta patología se basa en cuatro pilares los cuales son mantener una alimentación saludable, suplementación adecuada tanto de Vitamina D como de Calcio, actividad física y el uso de bifosfonatos. Los bifosfonatos son análogos sintéticos del pirofosfato cuyo mecanismo de acción se debe a la alteración de la vía del metabolismo implicada principalmente en la osteoclastogénesis, por tanto, inhibe ésta última. **Objetivos:** Estimular el conocimiento, prevención y manejo oportuno de la osteoporosis en pediatría. **Caso Clínico:** Paciente masculino con antecedentes de ser RNpT de 35 semanas, hospitalizado al nacimiento por síndrome febril y de SBOR en control. Antecedentes familiares, padres sanos y 2 hermanos sanos. A los 3 años de edad consulta en el servicio de urgencias por caída durante un juego de fútbol y se diagnostica fractura de fémur izquierdo. Seis meses más tarde consulta nuevamente en servicio de urgencias por caída y diagnostican fractura de tibia izquierda. Ante la presencia de dos fracturas en menos de 6 meses es derivado a Endocrinología por sospecha de Osteogénesis Imperfecta; diagnóstico que se confirma 2 meses más tarde como Osteogénesis Imperfecta Tipo I. El tratamiento que recibía el paciente era suplementación con calcio y vitamina D sin embargo el paciente evoluciona con múltiples fracturas a pesar del tratamiento. A los 12 años de edad se realizan exámenes de laboratorio e imagen y destaca DEXA con resultado de Osteopenia. Es en este momento en el que se decide inicio de tratamiento con Bifosfonatos recibiendo primer pulso con Ácido Zoledrónico (AZ) tres meses más tarde. Se realizó un control de DEXA posterior a primer pulso de AZ el cual se informaba como normal. **Conclusiones:** Presentamos el caso de un paciente con Osteoporosis Primaria (Osteogénesis imperfecta Tipo I) que posterior a primer pulso bifosfonatos se objetiva una mejoría en la evaluación de DMO con los resultados de DEXA. Esto reafirma la evidencia de que los bifosfonatos son el principal agente terapéutico para pacientes pediátricos con fragilidad esquelética significativa como en el caso presentado. Se ha estudiado que los bisfosfonatos orales o intravenosos aumentan la densidad mineral ósea, reduciendo de manera constante las fracturas.

**AMENORREA SECUNDARIA.***Ortiz G, Campos C**Clínica Dávila.*

**Introducción:** Amenorrea secundaria se define como la ausencia de menstruación durante más de 6 meses. la amenorrea secundaria como motivo de consulta es poco frecuente en pediatría. Cuando nos enfrentamos con una paciente afecta de amenorrea secundaria, existe un espectro de condiciones que el endocrinólogo infantil debe estudiar y dependiendo de la causa será el tratamiento. Debemos tener presente que las menstruaciones en la adolescente en los primeros dos años, son irregulares. **Objetivo:** Resaltar la importancia de investigar la periodicidad de los ciclos menstruales en nuestras adolescentes para un diagnóstico y manejo oportuno de sus trastornos. **Caso Clínico:** Paciente de 14 años 10 meses, en control por obesidad y resistencia a la insulina desde los 12<sup>a</sup> 2 meses, sin antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares, madre y padre obesos. Está en control y se está manejando con una alimentación saludable y ejercicio; pero sin resultados satisfactorios. refiere además acné moderado y no presenta hirsutismo. En control de los 13<sup>a</sup> 10 meses refiere ausencia de menstruación los últimos 6 meses. ante esta nueva situación se plantea el diagnóstico de amenorrea secundaria. Se realiza estudio, obteniendo los siguientes resultados: -Hemograma, Perfil bioquímico, Perfil hepático, Perfil lipídico, Perfil tiroideo, todos normales. -Insulina basal elevada. -Estudio de hiperandrogenismo mostró FSH, LH, Estradiol, Índice de andrógenos libres, DHEAS, 17 oh progesterona, androstenediona, alfa feto proteína y BHCG, normales. Niveles de prolactina con resultados elevados (141,4 ng/ml). Ante estos niveles elevados de prolactina, se sospecha una prolactinoma, por lo cual se le realiza una Resonancia magnética de zona hipotálamo hipofisaria con contraste. Resultado: una prolactinoma de tales dimensiones: 9\*8\*8 mm. Se inició tratamiento con cabeolina 0,25 mg 2 veces x semana, tratamiento con el cual sigue hasta hoy, con buena tolerancia. Controlada por neurocirujano, por ahora se descarta manejo quirúrgico. RM de control a los 6 meses de tratamiento mostro reducción de prolactinoma y a los 3 meses de tratamiento paciente reanudo sus menstruaciones que hasta hoy son regulares. **Conclusiones:** Aún siendo poco frecuentes, la hiperprolactinemia y por tanto las prolactinomas deben ser sospechados en pacientes con amenorrea secundaria. En nuestra paciente puede actuar como factor distractor su obesidad resistencia a la insulina, y llevamos a pensar que solo se trata de un síndrome de ovario poliquístico. Las prolactinomas son tumores benignos que responde bien a tratamiento médico y rara vez requiere manejo quirúrgico, hecho confirmado en la evolución nuestra paciente.

**PUBARQUIA Y ADRENARQUIA.***Satta F, Ortiz G**Clínica Dávila.*

**Introducción:** La hiperplasia suprarrenal congénita engloba los trastornos hereditarios autosómicos recesivos de la esteroidogénesis suprarrenal. Dependiendo de la enzima comprometida se expresarán las diferentes formas clínicas de presentación, previas al bloqueo enzimático. La presentación clínica dependerá del nivel de compromiso enzimático y de la edad en que se manifieste, la cual corresponde a la clínica de los niveles aumentados de andrógenos. Presentándose así las dos formas clínicas: forma clásica y forma no clásica (HSRC clásica y no clásica), entendiendo que la mayoría ocurre por déficit de 21-hidroxilasa, enzima codificada por el gen CYP21A2. **Objetivo:** Reforzar el concepto de hiperandrogenismo, el valor del examen físico para su pesquisa, así como el diagnóstico y manejo oportuno, para evitar las consecuencias a largo plazo de su no tratamiento. **Caso Clínico:** Se trata de paciente masculino de 8 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas, que acude a consulta de endocrinología infantil para valoración del desarrollo y sobrepeso. Trae radiografía de edad ósea (EO) de 13 años. Al examen físico con peso de 48kg, talla de 141cm (talla diana de 165cm) IMC 24.1, Tanner G1 P2 T1-1. Se deja con diagnóstico inicial de obesidad y pubarquia. Se realiza estudio destacando 17 OH P en 42 (aumentada), testosterona libre aumentada, FSH, LH, DHEAS, perfil tiroideo, insulina basal, hemograma, perfil bioquímico, AFP y BHCG normales. Por niveles aumentados de 17 OH P se plantea posible HSRC no clásica. Para confirmación diagnóstica se solicita test de ACTH el cual resulta compatible con HSRC no clásica. Además de su diagnóstico de talla baja con EO avanzada. Se inicia tratamiento con cortisol e inhibidor de aromatasas. Se realiza estudio genético donde se identifica la variante intrónica patogénica c.29013AC>G en uno de los alelos del gen CYP21A2 y la variante patogénica VAL28ILEu en otro lado. Paciente evoluciona de manera favorable, con disminución de 17 OH P en controles mensuales, se fue ajustando dosis de cortisol buscando dosis mínima eficaz, garantizando buen crecimiento y una adecuada supresión de los andrógenos suprarrenales, con buena respuesta, sobrepasando su talla diana con desarrollo puberal normal y sin complicaciones a largo plazo durante los 7 años de tratamiento y control por especialidad desde el diagnóstico. Paciente alcanza sus 15 años de edad sin complicaciones en relación a su patología. **Conclusiones:** El control sano en pediatría requiere un adecuado examen del estadio de Tanner. La pubarquia (vello pubiano) habitualmente es consecuencia de la acción de andrógenos suprarrenales (adrenarquia) y en la minoría de los casos se debe a una HSRC. El diagnóstico oportuno de la HSRC, evita las negativas consecuencias a largo plazo. Como pubertad precoz, talla baja, hipervirilización, etc.

**¿DMT1 O DMT 2 ¿UNA NUEVA ERA EN LA DIABETES INFANTIL EN CHILE?***Ortiz G**Clínica Dávila.*

**Introducción:** DMT1 sigue siendo la principal causa de diabetes en pediatría, sin embargo, el aumento progresivo de la obesidad infantil está gatillando la aparición de DMT2. Es por ello, por lo que, frente a un paciente pediátrico con diabetes y obesidad, tenemos que plantearnos de forma razonable la pregunta si estamos en presencia solo de una DMT1 o con componente de DMT2 o solo DMT2. **Objetivo:** Discutir aspectos clínicos que nos permitan saber si un paciente con diabetes, es DMT1 o DMT2 o ambos. **Caso Clínico:** Caso 1 Femenina de 13 años. MC: Glicemia 252 mg/dl BEG. Peso: 96.100 kg, Talla: 169.5 cm, IMC: 33.71. Piel: Acantosis nigricans ++ Glicemia: 252 mg/dl. GSV: pH: 7.35/ HCO3: 22.2/ PCO2:41/EB: -3.3. Diagnósticos: 1) DMT2 2) Obesidad 3) Hipotiroidismo (Antec. mórbido). Tratamiento: Régimen alimenticio/ Insulinoterapia. Al alta hospitalaria: Régimen alimenticio, actividad física, insulinoterapia + metformina. En controles posteriores se disminuye gradualmente insulina hasta suspender, y actualmente solo mantiene metformina 1000 mg/d. Caso 2 Masculino de 15 años. MC: Hiperpigmentación abdominal BEG. Peso: 94.100 kg, Talla: 174 cm, IMC: 31. Piel: Acantosis nigricans, Glicemia: 397mg/dl. GSV: pH: 7.3/ HCO3: 17.4/ PCO2:35.8/EB: -8 Diagnósticos: 1) DMT2 2) Obesidad Tratamiento: Régimen alimenticio activ física, insulinoterapia + metformina. Al alta hospitalaria: insulinoterapia + metformina. En control posterior con glicemias adecuadas, y se mantiene sin cambios en tratamiento. Caso 3 Femenina de 14 años. MC: Decaimiento progresivo y somnolencia REG. Peso: 53 kg, Talla: 158,5 cm. Mucosas secas. Piel: Acantosis Nigricans++ Glicemia: 491 mg/dl. GSV: pH: 7.09/ HCO3: 6/ PCO2: 38.5/ EB: -21. Cetonemia +, cetonuria + Diagnósticos: 1) Cetoacidosis diabética severa 2) Deshidratación severa 3) Debut DM1 Tratamiento: Manejo de CAD Al alta hospitalaria: Régimen alimenticio, activ física, insulinoterapia. En controles posteriores mantiene continua con régimen alimenticio, actividad física e insulinoterapia. **Conclusiones:** 1. Frente a debut de diabetes y que con obesidad es razonable plantearse la pregunta si estamos frente a una DMT o una DMT1. 2. La CAD orienta a DMT1. 3. Es razonable, comenzar manejo con insulinoterapia y según la evolución, si los requerimientos de insulina son muy altos o si el paciente tiene obesidad y acantosis nigricans, asociar metformina. 4. La evolución clínica de los controles glicémicos nos permitirá dilucidar si el paciente requiere solo insulina, insulina más metformina o solo metformina.



1

## INVAGINACION INTESTINAL EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES EN CONTEXTO DE ALERGIA ALIMENTARIA, REPORTE DE DOS CASOS.

*Marinovic I, Weibel A, Labbé C, Villalón H*

*Departamento de Pediatría, Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La Invaginación Intestinal (II) es la introducción de una porción de intestino en sí mismo y en sentido distal, causada en su mayoría por trastornos del peristaltismo intestinal. Dentro de las principales etiologías están la idiopática, infecciosa e hiperplasia linfoidea. Esta patología es la segunda causa más común de abdomen agudo en niños, y la más frecuente de obstrucción del intestino delgado en lactantes. La incidencia mundial es de 15 a 300/100.000 niños por año. Suele observarse entre los tres meses y los tres años de edad. Los síntomas pueden variar desde la tríada Ombredanne (dolor y masa abdominal con heces de gelatina de grosella) hasta letargia. El Gold Standard diagnóstico es la ecografía abdominal. La mayoría de los casos de II en niños son de etiología benigna y la resección quirúrgica es necesaria en la minoría de los casos. La alergia alimentaria es la reacción inmunológica adversa a un alérgeno específico, que es reproducible en exposiciones repetitivas al mismo. Estos casos aportan a la asociación causal entre II y alergia alimentaria. **Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de II en contexto de paciente con alergia alimentaria refractaria para discutir la relación existente entre ambas patologías. **Caso Clínico:** Primer caso: Paciente masculino, 2 meses de edad, con antecedente de dolor abdominal cólico refractario al uso de antiácidos. Se realiza ecografía abdominal con los siguientes hallazgos: presencia de neumatosis en colon y cambios inflamatorios leves en paredes de intestino delgado, sugerentes de alergia a la proteína de leche de vaca, y una pequeña II ileo-ileal en fosa iliaca izquierda resuelta espontáneamente. Se indicó suspensión transitoria de lactancia y alimentación con fórmula aminoacídica, con lo que remitieron completamente los síntomas Segundo caso: Paciente femenina, 2 meses de edad, llevada a control sano, se sospecha alergia alimentaria debido a cólicos recurrentes, por lo que se solicita ecotomografía abdominal evidenciando: II ileo-ileal transitoria resuelta y discreta neumatosis del colon distal en el contexto de alergia alimentar. **Conclusiones:** La II es idiopática la gran mayoría de las veces. Sin embargo, la bibliografía y casos clínicos presentados, podrían ser evidencia que sustente una asociación causal entre la alergia alimentaria y la II. Es por esto que frente a II y cólicos recurrentes asociados a neumatosis intestinal hay que sospechar una Alergia Alimentaria. Poco se habla de la relación que puede haber entre la alergia alimentaria y la II. Un estudio turco afirma que la alergia alimentaria es un factor asociado poco reconocido de la II, que aumenta el riesgo de recurrencia. Otro estudio inglés presenta un caso de un niño con II recurrentes debido a hiperplasia linfoidea por una alergia alimentaria que fueron tratadas exitosamente con restricción dietética. La alergia alimentaria se relaciona a una alteración del peristaltismo intestinal y a hiperplasia linfoidea, factores que contribuyen a la ocurrencia de II.

## ESTUDIO MULTICÉNTRICO LATINOAMERICANO DE ASOCIACIÓN ENTRE H. PYLORI Y ASMA/ ENFERMEDADES ALÉRGICAS. RESULTADOS PRELIMINARES DE CHILE.

*González D, Manríquez E, Gil G, Montoya N, Rojo C, Castro JA, Harris P*

*División de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile y Hospital Regional de Antofagasta.*

**Introducción:** Debido al aumento global del asma, rinitis y dermatitis alérgicas, una de las teorías planteadas es la “hipótesis de higiene”; donde a una menor exposición a las infecciones habría una mayor prevalencia de las enfermedades alérgicas. **Objetivo:** Estudiar si la presencia de *H. pylori* en niños tiene una asociación inversa con la prevalencia de asma, rinitis y dermatitis alérgica. **Materiales:** Estudio transversal, con reclutamiento prospectivo en 2 centros endoscópicos en Chile (Antofagasta y Santiago). A todos los niños (6 a 14 años) referidos a endoscopia por síntomas digestivos, se les invitó a responder un cuestionario de antecedentes demográficos y cuestionarios para asma, rinitis y dermatitis alérgica (ISAAC III, versión de validación española). Se consideró que un niño estaba infectado por *H. pylori* si un método invasivo por endoscopia (histología o prueba rápida de ureasa o PCR o cultivo) o una prueba indirecta no invasiva (UBT-C13 o prueba de antígeno en heces) era positiva. Cada centro contó con la aprobación del comité de ética local. **Resultados:** A la fecha 78 niños han sido reclutados (44 Antofagasta y 34 Santiago), edad promedio de 7,6 años, 51 % varones, con peso promedio de 50,2 kg. La principal causa de referencia a endoscopia fue dolor abdominal en estudio (15,4%). Un 45% de los niños estaban infectados por *H. pylori* (todos con técnicas directas endoscópicas). No hubo diferencias significativas en las características demográficas perinatales y contaminación intradomiciliaria entre *H. pylori* (+) vs. *H. pylori* (-). Los padres/madres de niños *H. pylori*+ presentaron una menor frecuencia de asma, rinitis y dermatitis atópica comparado con niños *H. pylori*- (11,4% vs. 23,3%, p=0,18; 51,4% vs. 76,7%, p=0,019; y 28,6% vs. 44,2%, p=0,15, respectivamente). La prevalencia del diagnóstico de asma, rinitis y dermatitis entre los pacientes *H. pylori* (+) y *H. pylori* (-) no fue significativamente diferente (25,7% vs. 23,3%, p=0,8; 37,1% vs. 30,2%, p=0,51; y 48,6% vs 27,9% p=0,07, respectivamente). Sin embargo, los niños *H. pylori* (+) tuvieron menos respuestas positivas para síntomas de dermatitis (en 4 de los 7 ítems) y de asma (en 4 de los 8 ítems). **Conclusiones:** Los niños infectados por *H. pylori* provienen de familias con menos antecedentes de enfermedades atópicas y presentan menor prevalencia de síntomas de dermatitis y asma. El rol protector de la bacteria y el rol de factores genéticos para interpretar estos hallazgos requerirán aumentar en forma importante el número de pacientes a reclutar.

2

**ESQUISTOSOMA SPP COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA A RAÍZ DE UN CASO.***Venegas S, Pizarro D, Ramírez MJ**Hospital de Niños Roberto del Río.*

**Introducción:** La diarrea es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Según su duración puede ser aguda (menos de 2 semanas), persistente o prolongada (mayor a 2 y menor a 4 semanas) y crónica (mayor a 4 semanas). Se estima que un 3-5% de la población es afectada por diarrea crónica; dentro de las posibles patologías se encuentran las parasitosis, las alergias alimentarias y enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras. Las diarreas con asociación hacinamiento, malas condiciones de higiene y antecedentes de viajes recientes hacen sospechar parasitosis, además es mucho más sugerente si se asocia a eosinofilia, convirtiéndose así en la primera causa de eosinofilia en pediatría. Los parásitos causantes de eosinofilia son *Toxocara canis* y *cati*, *Trichinella* spp, *Fasciola* spp, *Strongyloides* spp, *Schistosoma* spp; de estos la mayoría es endémico en nuestro país, siendo el *Strongyloides* un parásito emergente. El *Schistosoma* spp no se encuentra en nuestro territorio, correspondiendo a cuadros importados. **Objetivo:** Presentar un caso de paciente inmigrante con diarrea crónica asociada a eosinofilia por *Schistosoma* spp. **Caso Clínico:** Escolar femenina de 6 años, nacionalidad venezolana, hace 4 años radicada en Chile. Con inmunizaciones al día, sin otros antecedentes mórbidos de relevancia. Cuadro de 1 mes de evolución caracterizado de dolor abdominal de predominio hipogastrio asociado a diarrea intermitente, sin características patológicas. Sin hallazgos al examen físico. Se solicitan exámenes: Hemograma sin leucocitosis, con recuento absoluto de eosinófilos 2550/Ul. Con perfil bioquímico, tiroideo y hepático normal, estudio enfermedad celiaca negativo y parasitológico seriado de deposiciones sin observación de elementos parasitarios. Se amplía estudio de serológico parasitológico para eosinofilia, resulta IgG positiva para *Schistosoma* spp. Se inicia tratamiento con Praziquantel con remisión completa de sintomatología. **Conclusiones:** Las diarreas por parásitos en Chile son causadas principalmente por *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*, sin embargo, en asociación a eosinofilia, se sugiere solicitar serología parasitológica al ISP, principalmente en pacientes con factores de riesgo. Es de suma relevancia que cómo pediatras ampliemos la lista diagnósticos diferenciales respecto a las nuevas enfermedades emergentes asociadas a la situación migratoria actual.

**GRUPOS SANGUÍNEOS E HIPERBILIRRUBINEMIA EN LA EVOLUCIÓN HUMANA.**

*Moreno R, Durán MP, Beniscelli E*

*Hospital El Pino y Hospital Regional Rancagua.*

**Introducción:** La hiperbilirrubinemia (HB) y la enfermedad hemolítica fetal (EHF) producto de la incompatibilidad de grupos sanguíneos ABO y RH, es un antiguo problema con severas complicaciones en el recién nacido (RN) como discapacidad y muerte, afectando el futuro reproductivo de las familias afectadas. Los logros de la medicina perinatal con la pesquisa de los embarazos de riesgo y el uso transfusiones fetales o uso de RhoGAM y en el RN el tratamiento precoz con fototerapia, exsanguíneo-transfusión e inmunoglobulinas desde mediados del siglo XX, reducen la mortalidad en RN de 50% a 0,2%. Este éxito de la medicina, no lo percibimos hoy en su impacto en la evolución de la humanidad. **Objetivo:** Se revisa la literatura para describir los resultados reproductivos en nuestro pasado evolutivo y sus consecuencias. **Materiales:** Se describen diferencias de los grupos sanguíneos ABO y RH entre las poblaciones humanas, se analizan en cuanto a si producen uniones que favorecen la HB y la EHF. Se considera que antiguamente sin tratamiento, tendrían el grado más severo de morbilidad y letalidad. **Resultados:** Se detectan en la historia de la humanidad dos momentos que creemos trascienden en la evolución humana. El primero, es por la salida del humano anatómicamente moderno (HAM) desde África y su dispersión por el mundo, que lo pone en contacto con poblaciones arcaicas de Neandertal y Denisova en Eurasia, que tienen los 3 alelos del grupo ABO, con frecuencia de grupo O en 25%, y el haplotipo RH con 100% tipo RH\*Dce, generando alto riesgo de EHF e HB, cuando una mujer arcaica procrea hijos con padre HAM con alelos C o E. En cambio, la mujer HAM tiene más riesgo de tener hijos con HB por incompatibilidad ABO, ya que el padre arcaico tiene alta frecuencia de A y B (75%). El segundo, es la expansión de las poblaciones europeas hacia el resto del mundo, presentando baja frecuencia de grupo O, menor a 40% y alta frecuencia de RH\*D negativo hasta 30%, en especial al llegar a América, donde la población nativa tiene grupo O y RH\*D positivo casi en 100%. Además, inicialmente los conquistadores eran principalmente varones cuyos hijos con mujeres nativas tienen alto riesgo de HB por incompatibilidad ABO, en cambio, las mujeres europeas tienen alto riesgo de EHF con padres nativos. **Conclusiones:** El primer evento compromete el éxito reproductivo de las poblaciones arcaicas, contribuyendo probablemente a su extinción, pocos de sus genes quedan en poblaciones marginales de Eurasia y Oceanía. Una consecuencia sería que las poblaciones ancestrales de Asia y América quedaron con alta frecuencia de grupo O y RH\*D positivo. El haplotipo RH\*Dce es raro actualmente en Eurasia, pero curiosamente está presente en poblaciones aborígenes del sur de Chile. El segundo evento pudo afectar severamente el resultado reproductivo de los nativos americanos, cuyos hijos que sobrevivieron a la HB, podrían tener mayor discapacidad auditiva e intelectual, contribuyendo a su reducción posterior a 1492. Luego, este problema ha modelado la humanidad actual.



**TROMBOCITOPENIA INMUNE ASOCIADA A ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: REPORTE DE CASO.**

Zúñiga P, Hayler P, Concha I

Hospital Clínico Universidad Católica.

**Introducción:** La trombocitopenia inmune primaria es la enfermedad hematológica inmune más frecuente en edad pediátrica, caracterizada por la presencia de trombocitopenia aislada en ausencia de síntomas acompañantes. Por otra parte, la trombocitopenia inmune secundaria es aquella en que una patología subyacente induce la formación de anticuerpos antiplaquetarios. Una amplia gama de enfermedades se ha asociado a la aparición de trombocitopenia inmune secundaria. Entre las etiologías asociadas a trombocitopenia inmune secundaria destacan enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencias, enfermedades infecciosas, síndromes paraneoplásicos y anticuerpos inducidos por drogas. Sin embargo, no es habitual encontrar descripciones de asociación a la infección por *Bartonella henselae* (enfermedad por arañazo de gato). **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con trombocitopenia inmune concomitante a una enfermedad por arañazo de gato (EAG). La estrategia óptima de tratamiento en la trombocitopenia inmune secundaria incluye el tratamiento de la patología subyacente, por lo que es relevante dar a conocer esta infrecuente asociación. **Caso Clínico:** Una adolescente de sexo femenino, encontrándose en evaluación por una adenopatía axilar de reciente pesquisa, evolucionó en forma abrupta con aparición de petequias y equimosis. Su recuento hematológico fue compatible con trombocitopenia inmune. Se descartaron causas reumatológicas e infecciosas frecuentemente asociadas con esta enfermedad. Los anticuerpos IgG contra *B. henselae* resultaron positivos a dilución 1/256 y el estudio de imágenes (axilar y abdominal) evidenciaron hallazgos sugerentes de enfermedad por arañazo de gato. La paciente recibió tratamiento con inmunoglobulina endovenosa 1 g/Kg en asociación con el esquema de tratamiento antibiótico (Azitromicina y Ciprofloxacino). En el seguimiento, la paciente presentó una mejoría sostenida del recuento plaquetario, junto con la resolución de la adenopatía axilar. **Conclusiones:** Es posible encontrar otros casos reportados de esta asociación, todos ellos con evolución favorable de la trombocitopenia. Sin embargo, se desconocen los mecanismos fisiopatológicos involucrados y no es posible establecer si la severidad o la resolución del cuadro infeccioso podrían influir en la evolución de las alteraciones hematológicas. Considerar esta infección dentro del diagnóstico diferencial de la trombocitopenia inmune secundaria podría permitir el uso de tratamiento dirigido y quizás favorecer la resolución de la trombocitopenia.

**PANCITOPENIA COMO MANIFESTACIÓN DE ANEMIA MEGALOBLÁSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Montes C, Méndez E, Graterol S

Hospital Base Valdivia.

**Introducción:** La anemia megaloblástica resulta de un defecto en la síntesis de ácido desoxirribonucleico (ADN), que compromete a todas las células del organismo con capacidad proliferativa. Esto conduce a apoptosis y a hemólisis, causantes de la hemopoyesis inefectiva y del acortamiento en la sobrevida eritrocitaria propios de esta afección. **Objetivo:** Se busca mediante este caso ejemplificar distintas presentaciones de la anemia megaloblástica, ya que puede presentarse con variantes severas llegando a tener riesgo vital. **Caso Clínico:** Lactante de 10 meses con antecedente de síndrome hipotónico y mal incremento ponderal en estudio, alimentada con lactancia materna exclusiva, sin antecedentes familiares de dietas vegetarianas/vegas, inicia con emesis, decaimiento y compromiso del estado general, evoluciona con fiebre, palidez y deshidratación. Consulta en servicio de urgencias de Hospital Puerto Montt (HPM) donde se constata taquicárdica, pálida y mal perfundida, por lo que se administró volumen hasta 60 cc/kg endovenoso (EV). Evolucionó desfavorable por lo que ingresa a unidad de paciente crítico (UPC), destacando en sus exámenes valor crítico de hemoglobina 3,8 g/dl, leucocitos 3500/uL, plaquetas 76000/uL, por lo que se transfunden glóbulos rojos 20 cc/kg ev. Se intuba y dada escasa respuesta clínica, se inicia epinefrina ev. Se toman hemocultivos y en contexto de cuadro séptico se inicia ceftriaxona 100mg/kg. Se realizó mielograma que describe densidad celular normal, con serie eritroide muy alterada, con alteraciones en la relación núcleo citoplasma, con presencia de punteado basófilo. En serie mielóide se observa abundantes promielocitos, impresionan algunos blastos promielocitos. Se plantea como posibilidad anemia diseritropoyética por leucemia mielóide promielocítica, por lo que se deriva a Hospital Base Valdivia (HBV) para evaluación. En UPC HBV se estabiliza paciente, se extuba y suspende epinefrina, se estudian muestras realizadas en HPM, mielograma presenta serie eritroide displásica, citometría de flujo apoya alteraciones de mielograma descartándose leucemia. Se repite mielograma y citometría de flujo, evidenciando displasia de las 3 series, destacando serie eritroide con megaloblastos y maduración de núcleo/ citoplasma inapropiada, sugerente de déficit de ácido fólico o vitamina B12. Se toman niveles plasmáticos de vitamina B12, el cual estaba disminuidas en 132 pg/mL (228.00 - 1515.00 pg/mL), por lo que se administra primera dosis de cianocobalamina intramuscular, con indicación de especialidad de iniciar folatos posteriormente y continuar estudio etiológico y con niveles en HPM. **Conclusiones:** La anemia megaloblástica se caracteriza por la presencia de un asincronismo madurativo entre núcleo y citoplasma en todas las líneas celulares hematopoyéticas. Por lo tanto, no todas las anemias megaloblásticas se presentan únicamente con alteración de la serie roja, por lo que debe sospecharse para poder iniciar un tratamiento inmediato, evitando cuadros severos como el descrito.

3

### USO DE BLINATUMOMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RECAÍDA DE LLA: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

*González L, Zúñiga P, Catalán P, Aguirre N, Sotomayor C, Lizana F, Barriga F, Wietstruck MA*

*Pontificia Universidad Católica-Red UC Christus.*

**Introducción:** En los últimos años la sobrevida de la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) ha mejorado de forma significativa gracias al esfuerzo de grupos colaborativos y a la implementación de distintas estrategias terapéuticas como poliquimioterapia, profilaxis en sistema nervioso central, intensificación, mantención y trasplante de progenitores hematopoyéticos. Sin embargo, aún existen grupos de alto riesgo, que presenta una pobre respuesta al tratamiento convencional o recaídas y se benefician de otros tratamientos con distintos mecanismos de acción. Actualmente los anticuerpos monoclonales y la terapia génica son algunas de las nuevas estrategias dirigidas contra target específicos y que han resultado ser prometedores en mejorar la evolución de dichos pacientes. El Blinatumomab es un anticuerpo monoclonal biespecífico dirigido contra CD19 y CD3, el tratamiento con dos ciclos de este medicamento tiene una respuesta que va desde 34% hasta 65%, permitiendo llevar al paciente a un estado de remisión y así aumentar la tasa de sobrevida, con mejor tolerancia y menor toxicidad, comparado con las terapias estándar para LLA refractaria o en recaída. **Objetivo:** Describir la experiencia de los primeros pacientes pediátricos tratados con Blinatumomab en Chile. **Caso Clínico:** Presentamos la descripción de los primeros 8 pacientes pediátricos que han recibido Blinatumomab como parte del tratamiento de la recaída en LLA desde 2020 hasta la fecha. Se describen sus indicaciones, principales complicaciones y recursos utilizados para su manejo. Además, la correcta utilización del Blinatumomab adaptada a la realidad de nuestro país. En nuestra unidad, siete de los ocho pacientes recibieron dos ciclos de Blinatumomab, un paciente no pudo completar el primer ciclo por efecto adverso grave (estatus convulsivo) y debió suspender la infusión, con recuperación completa de su estado basal. Los efectos adversos más frecuentes fueron fiebre, hipotensión, cefalea, temblores. En uno de los casos se debió suspender la infusión temporalmente por toxicidad hepática grado 3, se reinició según protocolo y pudo ser completado el tratamiento sin complicaciones. **Conclusiones:** El tratamiento con Blinatumomab pudo ser adaptado e implementado en nuestros pacientes con LLA y primera recaída de alto riesgo, así como en aquellos con recaída posterior a trasplante de progenitores hematopoyéticos.

### EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SANGRADO MENSTRUAL EXCESIVO EN CONSULTA AMBULATORIA DE PEDIATRÍA.

*Caro P, Zúñiga P, Aguirre N, Cerda J*

*Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud ha estimado que cerca de 18 millones de mujeres en todo el mundo, presentan sangrado menstrual excesivo (SME). En la población adolescente, se reporta una prevalencia de hasta un 40%, siendo la causa más común los ciclos anovulatorios y dentro de las causas secundarias se describe hasta 35% de coagulopatías congénitas. Se estima que solo el 10% de las pacientes logra consultar por SME, por esta razón la mayoría de los autores coinciden en que existe un subdiagnóstico de este problema de salud y es por esto que se recomienda incluir las características de la menstruación dentro de la evaluación clínica de las adolescentes. Independientemente de la causa, el SME puede derivar en déficit crónico de hierro y anemia ferropriva de distinta severidad. Este tema no está considerado en el Programa Nacional de Salud del Adolescente. A partir del año 2007, se replantea la definición SME, poniendo énfasis en la “salud integral de la mujer”. Es así que se define como la pérdida excesiva de sangre menstrual, que interfiere con la calidad de vida, física, social, emocional y/o material de una mujer, que puede o no acompañarse de otros síntomas. **Objetivo:** Conocer si los pediatras chilenos consideran el SME como un diagnóstico, al evaluar pacientes adolescentes. **Materiales:** Estudio transversal descriptivo que incorporó a pediatras miembros de la Sociedad Chilena de Pediatría, realizado entre octubre de 2021 y julio de 2022. Se aplicó una encuesta que fue previamente validada mediante proceso de Delphi modificado, utilizando plataforma en línea. **Resultados:** Resultados: Participaron 115 pediatras. Para un 88.7% fue importante incluir las características de la menstruación en la anamnesis de toda paciente adolescente. Un 74.8% consideró el SME como posible diagnóstico. Sólo para un 22.6% de los encuestados preguntar por la cantidad de flujo menstrual, era la característica de la menstruación más importante. La mayoría refirió que lo más importante del diagnóstico SME, es que puede ser el primer síntoma de un trastorno de la coagulación (32%) o producir anemia (26.9%). Sólo un 20% consideró la alteración de la calidad de vida y para ninguno fue prioritario el aspecto emocional. Las características demográficas de la población no generaron una diferencia estadísticamente significativa en las respuestas. **Conclusiones:** El grupo de pediatras encuestados consideró importante preguntar por las características de la menstruación en la anamnesis de las pacientes adolescentes. Los temas clínicos fundamentales del SME son conocidos por el grupo encuestado, sin embargo, los aspectos relacionados con calidad de vida e impacto en la salud mental no fueron considerados como relevantes.

4

**HERNIA HIATAL COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.***Pardo A**Hospital Dr. Gustavo Fricke.*

**Introducción:** La hernia hiatal se caracteriza por ser una patología con baja frecuencia, con una presentación clínica que se relaciona a síntomas digestivos, infecciones respiratorias recurrente, y anemia. A pesar de su baja frecuencia se asocia a anemia ferropénica, al hacer el estudio esta patología es poco pensada, lo que resulta importante brindar información que permita tenerla presente como causa de anemia. **Objetivo:** Sospechar la hernia hiatal en pacientes con anemia severa sin causa aparente. **Caso Clínico:** Paciente de 2 años con antecedente de RNPT 36 sem, 3 episodios de IRA alta en el último año, presenta cuadro de 1 mes consistente en palidez y decaimiento, que aumento progresivamente agregando rechazo alimentario, por lo que consulta en UEI ingresando subfebril en buenas condiciones se toman exámenes: hemograma: anemia microcítica hipocrómica (Hb: 1.4, Hto: 4.2) se transfunde GR, leucocitos y plaquetas normales, RAN: 3800, LDH: 635, transaminasas leve elevación, Gases y ELP: hipocalcemia leve, Ac úrico: 7.4 y Rx Torax imagen redonda retocardiaca e imagen de aire que se continua con abdomen, sin masa mediastínica, a las 12 hr se toman exámenes persiste con anemia microcítica hipocrómica (Hb/Hto control: 4.9/15.7) en rango de transfusión, se pasan 200ml GR, es evaluado por cirugía con TAC tórax y abdomen: hernia hiatal esofágica con acodamiento de estómago en tórax con contenido gástrico en región torácica, ATL lóbulo izq. Presenta peak febril hasta 38,7°C, se controlan exámenes manteniendo anemia microcítica hipocrómica con Hb fuera de rango de transfusión, trombocitopenia, parámetros inflamatorios bajos, IFD viral (-), hipokalemia leve e hipoproteinemia, se inicia corrección con vitamina K y KCl oral, Rx tórax sin cambios. Evaluado por hematoncológica por anemia severa con control de cinética de hierro: hierro: bajo, %saturación: baja, Transferrina normal, TIBC: normal, ferritina: 27, considerando anemia microcítica hipocrómica, secundaria a hernia hiatal, sugiere control hemograma posterior a resolución quirúrgica. Persiste febril se inicia cubrimiento antibiótico con cefotaxima y metronidazol, previa toma de HC I-II y UC, 5to día Hto 24 por lo que se transfunde GR, se realiza cirugía de gastropexia con cierre de defecto herniario y Nissen, se conecta a ventilación mecánica invasiva por 24hr con extubación exitosa, gases arteriales normales, se realimenta con adecuada tolerancia, se suspende manejo antibiótico HC I-II y UC negativos, control de exámenes: hemograma: anemia microcítica e hipocrómica (Hb: 12.6/ Hto: 39.3), sin trombocitopenia ni leucocitosis, ELP: normales. Evolucionando satisfactoriamente con adecuada tolerancia enteral, tránsito intestinal y ultimo control de hemograma: normal (Hb:13.2/Hto: 40). **Conclusiones:** La Hernia Hiatal debe incluirse en el diagnóstico diferencial de episodios frecuentes de infecciones respiratorias y de anemia ferropénica en niños, a pesar de ser una patología poco frecuente, ya que su diagnóstico oportuno evita las complicaciones que llevan a la muerte.

**OSTEOMIELITIS COSTAL POR VACUNA DE BACILO CALMETTE-GUÉRIN: REPORTE DE UN CASO.**

*Gálvez J, Jordan MP, Labbé C, Fernández MI, Villalón H, Fernández M*

*Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.*

**Introducción:** La Bacillus Calmette-Guerin (BCG) es una vacuna viva atenuada derivada de Mycobacterium bovis. Esta vacuna protege contra formas diseminadas de Tuberculosis en niños, incluyendo Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis Miliar. A nivel mundial se administran más de 100 millones de dosis cada año. Entre sus principales efectos adversos se encuentran la Linfadenitis Supurativa, lesiones en la piel, osteitis/osteomielitis asociada a BCG (3.1 en 1.000.000), anafilaxis y BCG diseminada. La osteomielitis por BCG se presenta típicamente en niños uno a dos años posterior a su inoculación con una clínica insidiosa que presenta típicamente dolor óseo junto a lesiones radiológicas osteolíticas. En niños inmunocompetentes tiene un buen pronóstico con tratamiento antituberculoso. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de BCGitis costal en un lactante con clínica característica, realizando énfasis en la sospecha y destacando la importancia del manejo precoz. **Caso Clínico:** Lactante de 17 meses de sexo masculino, con antecedente previo de SBO resuelto, acude al SU debido a aumento de volumen costal, sensible y sin signos de inflamación. Se solicita ecografía, radiografía, TAC y RNM de abdomen, destacando hallazgo de lesión osteolítica junto a un aumento de volumen de tejidos contiguos y abscedación. Se realiza cintigrama óseo para descartar patología neoplásica evidenciando foco en 7° costilla y zona perineal izquierda. Se descarta inmunodeficiencia. Se efectúa drenaje, resección y corrección de la lesión. No se constata la presencia de Bacilo Koch en la supuración, pero en baciloscopia se encuentra Mycobacterium positivo y granulomas en el estudio anatómo-patológico. Se confirma diagnóstico de BCGitis y se inicia tratamiento con etambutol, isoniazida y rifampicina durante 50 días. Presenta buena evolución y resolución completa del cuadro. **Conclusiones:** El caso descrito contó con un rápido estudio de la lesión osteolítica y un alto nivel de sospecha clínica, fundamental para evitar sus secuelas tales como escoliosis, alteración del crecimiento y deformidad ósea. La BCGitis costal es una patología infrecuente que requiere un alto nivel de sospecha, un diagnóstico oportuno podría evitar su diseminación y las complicaciones causadas por la osteomielitis. Por otro lado, es importante descartar inmunodeficiencia en aquellos pacientes que cursen con RAMs graves debido a la vacuna. Finalmente, debemos recordar que una clínica sugerente debe alertar a solicitar estudios y realizar el tratamiento correspondiente de manera precoz.

**OSTEOMIELITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE BARTONELOSIS EN LA INFANCIA.**

*Toro R, Pradenas M, Maldonado A, Maldonado C, Chávez C*

*Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz.*

**Introducción:** La Osteomielitis es una infección del hueso caracterizada por dolor localizado y fiebre, se presenta en 1,2 a 13 cada 100.000 niños, en la mayoría de los casos es producida por bacterias gram positivas, pero también puede ser causada en una menor proporción por bacterias gram (-) como Bartonella henselae. La enfermedad del arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa que es transmitida a través del arañazo o contacto directo con mucosas de gatos, se manifiesta con fiebre, adenopatías con una prevalencia del 13%, pero se presenta de forma atípica con osteomielitis en un 0,27% de los casos confirmados. **Objetivo:** Se presenta caso con la finalidad de aumentar el índice de sospecha de osteomielitis en pacientes con EAG. **Caso Clínico:** Escolar alérgica a penicilinas, presenta fiebre hasta 39°C, asociado a dolor lumbar izquierdo y aumento de volumen submentoniano 2 cm, con antecedente de tenencia de gato. Consulta múltiples veces en atención primaria y Hospital Los Angeles (HLA), con laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, sin foco evidente. Se sospecha de EAG, se inicia claritromicina en H. Mulchén. Reconsulta en HLA tras permanecer 2 semanas febril, se hospitaliza para estudio. Ingresa como Síndrome febril prolongado, con parámetros inflamatorios elevados, transaminasas con leve aumento; ecografía de partes blandas informa adenopatía submentoniana; se inicia azitromicina y se plantea diagnóstico de EAG. Ecografía abdominal informa lesiones focales hepato-esplénicas. Completa 5 días de azitromicina, persiste febril por lo que se inicia ciprofloxacino y gentamicina endovenosa por EAG atípica y se solicita cintigrama óseo (CO) por sospecha de osteomielitis. Presenta rash secundario a ciprofloxacino, por lo que se cambia terapia a doxiciclina oral manteniendo gentamicina endovenosa. Se rescatan resultados de IgG CMV y VEB (+), IgM (-), IgG Bartonella (+). CO (+) para actividad osteoblástica, confirmando EAG con presentación atípica y Osteomielitis por Bartonella en T9 y L2. Se mantiene doxiciclina por 1 mes, se completan 7 días de gentamicina y 10 de prednisona, siendo dada de alta tras 48 horas afebril. **Conclusiones:** La osteomielitis es una presentación atípica de la EAG. Su prevalencia es de 0,1%-0,3% en inmunocompetentes, pero han aumentado casos en inmunocompetentes. Se suele ubicar en esqueleto axial (vértebras, cráneo, extremidades, esternón). Puede manifestarse con dolor a la palpación de cuerpos óseos, por lo que se debe solicitar una cintigrafía ósea para confirmación diagnóstica. **Conclusión:** Al enfrentarse a un síndrome febril prolongado es importante considerar como diagnóstico diferencial la presentación atípica de la EAG, buscar todas sus manifestaciones. Si bien el estudio y manejo se realizan en atención secundaria, el rol del médico general es la sospecha clínica y derivación oportuna con estudio inicial apropiado. **P. Clave:** Enfermedad arañazo de gato, B. Hensenlae, Osteomielitis.

**PLEVA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO DE VIH PEDIÁTRICO.***Passalacqua S, Millar M, Carlos Cabezas C, Barraza C, Manríquez C, Cid B**Hospital Base San José Osorno Universidad Austral De Chile, Campo Clínico Osorno.*

**Introducción:** En pediatría, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se produce principalmente por transmisión vertical. Las manifestaciones cutáneas son comunes, variando desde lesiones muy estereotipadas en formas severas, hasta algunas que necesitan múltiples estudios y biopsia para poder llegar al diagnóstico de VIH. **Objetivo:** Presentar un caso de VIH pediátrico, sin historia de infecciones previas, con debut con síntomas cutáneos y exámenes que simulaban una mesenquimopatía. **Caso Clínico:** Paciente sexo masculino de 8 años, sin antecedentes mórbidos. Madre ausente desde periodo lactante. A principios del 2021 inicia cuadro caracterizado por aparición recurrente de pápulas eritematosas-costrosas de 0,5 cm distribuidas en tronco y extremidades, levemente pruriginosas y que resuelven en forma espontánea con máculas hiperpigmentadas. Sin otros síntomas evidentes. Exámenes con anemia microcítica hipocrómica con Hb de 10.1 g/dl y VHS de 30 mm/H, que en controles posteriores aumenta hasta 108 mm/H. Evaluado por hematología, con estudio complementario donde destaca ANA (+) 1:160 patrón citoplasmático fibrilar linear, C3 (75.2mg/dL) y C4 (6.4mg/dL) bajos, FR negativo, IgA (1500 mg/dL) e IgG (2660 mg/dL) elevadas. Se deriva a reumatología para descartar una mesenquimopatía, donde se pesquisa talla baja (DS <-2), exámenes con persistencia de hipocomplementemia y VHS elevada. Coombs directo (+), Anticardiolipinas IgM + débil/moderado (27.74 MPL). Con ENA (-), Anti-DNA (-), examen de orina sin hematuria o proteinuria. Se realiza biopsia cutánea que muestra pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA). Se descarta lupus sistémico y cutáneo. Dado persistencia de VHS alta, se hospitaliza para estudio multidisciplinario. Mielograma informa hiperplasia de serie granulocítica y aumento de células plasmáticas. Del estudio infeccioso destaca ELISA VIH (+), confirmado por ISP. Carga viral 519.000 copias/ml y CD4 139 células/mm3. Inicia tratamiento antirretroviral con abacavir, 3TC y DTG, asociado a profilaxis con cotrimoxazol, evolucionando en 3 meses con mejoría del recuento de CD4 a 254 células/mm3 y disminución de CV a 62 copias/ml. Resolución parcial de las lesiones cutáneas. **Conclusiones:** Las presentaciones clínicas de VIH pediátrico son variadas. Este caso tuvo un debut inusual y tardío, con manifestaciones cutáneas de larga data y exámenes de laboratorio que orientaban inicialmente a una mesenquimopatía, lo que dificultó el diagnóstico. A la fecha, no existen reportes de la coexistencia de PLEVA en VIH pediátrico, siendo esta más comúnmente asociada a estadíos tempranos o intermedios de la infección en adultos. Se deben considerar exámenes en búsqueda de VIH en pacientes con PLEVA, especialmente si presentan otros hallazgos sugerentes de inmunodepresión.

**SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE SHIGELLA Y SALMONELLA EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.***Tobar J, Arellano MF, Cuevas S, Duchesne I, Tobar S**Hospital Regional De Arica Dr. Juan Noé Crevani.*

**Introducción:** Entre los tres principales agentes descritos en el mundo para infección bacteriana intestinal se incluyen Salmonella spp y Shigella spp. En la región fronteriza de Arica, ubicada en el extremo norte de Chile, de clima subtropical desértico, es relativamente frecuente observar brotes de infecciones intestinales por Shigella o Salmonella, con mayor frecuencia en el verano, manteniendo un grado de endemia el resto del año. **Objetivo:** Estudiamos los cultivos positivos a Shigella spp y Salmonella spp obtenidos de muestras llegadas al laboratorio del Hospital Regional durante el periodo 2015 - 2021, para conocer la distribución porcentual de las distintas especies de Shigella y de los serogrupos de Salmonella, identificando la sensibilidad a los antibióticos estudiados por norma estandar CLSI. **Materiales:** Se revisó los cultivos positivos del laboratorio de microbiología del Hosp. Regional en el período comprendido entre enero 2015 y diciembre 2021 tanto para Shigella spp como para Salmonella spp en pacientes pediátricos y adultos. **Resultados:** Se identificó 141 cultivos positivos para ambos agentes, 80 de los cuales correspondieron a Salmonella spp y 61 a especies de Shigella. Los pacientes con cultivos positivos se distribuyeron en 51 % mujeres y 49 % varones, y por edad 43 % menores de 15 años y 57 % adultos. Los cultivos positivos por orden de frecuencia fueron: Salmonella grupo D1 68 casos (48 %), Shigella flexneri 36 casos (25 %), Shigella sonnei 24 casos (17 %), Salmonella grupo B 8 casos (6 %), Salmonella grupo C 4 casos (3 %), Shigella dysenteriae 1 caso (0,7%). Los cultivos positivos se identificaron en 131 coprocultivos (93%), 5 hemocultivos (3,5 %), 4 urocultivos (2,8 %) y un cultivo corriente de herida (0,7 %). En relación a la sensibilidad antibiótica, en el caso de las Salmonellas grupos D1 y B, se observó un 100% de sensibilidad para ampicilina, ampicilina-sulbactam, cefotaxima, ciprofloxacino, cloramfenicol y cotrimoxazol. Para Salmonella grupo C se observó 100% para ciprofloxacino pero solo 50% a ampicilina y 75% a cotrimoxazol. En el caso de las Shigellas se observó 100% de sensibilidad al ciprofloxacino en las tres especies encontradas. En Shigella flexneri se observó además 100 % de sensibilidad a cefotaxima, 41 % a ampicilina, 55 % a cloramfenicol y 63 % a cotrimoxazol. Para Shigella sonnei 26% de sensibilidad a ampicilina, 46% a cloramfenicol y 4 % a cotrimoxazol. El caso único de dysenteriae resultó sensible a ampicilina y cotrimoxazol. **Conclusiones:** En Shigellas, se comparó con estudio en Arica de 1998, manteniendo predominio de S. flexneri sobre sonnei, especie que hoy se detecta más en la zona central. Además, desapareció S. boydii que representaba un 9 %. La sensibilidad de Shigella a Ciprofloxacino, que es el antibiótico más utilizado, se mantiene en 100 %. En Salmonella, predomina el grupo D1, seguida de B, ambas muy sensibles a los antibióticos habituales.



### SEROPREVALENCIA DE VIRUS HEPATITIS B EN GESTANTES AL MOMENTO DEL PARTO EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HCVB), VALPARAÍSO, CHILE.

*Astorga MJ, Sandoval A, Espinoza S*

*Hospital Carlos Van Buren.*

**Introducción:** El Virus Hepatitis B (VHB) infecta aproximadamente a un tercio de la población mundial, de ellos el 3,5% evoluciona a enfermedad crónica y de estos, un 40% presenta morbimortalidad asociada. La prevalencia en Chile es de 0,15%, pero se cree existe una subnotificación sumado al aumento de la inmigración desde países con mayor prevalencia. En las mujeres gestantes, existen pocos datos refiriendo una prevalencia hasta 0.3%. **Objetivo:** Determinar la seroprevalencia de VHB de gestantes al momento del parto en el HCVB. **Materiales:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con asociación cruzada entre los años 2018 y 2019. Se incluyeron todas las gestantes que ingresaron para la atención del parto o con recién nacido (RN) inmediato, con estudio de test rápido de HbsAg. Se recopilaron datos de la gestante (edad, nacionalidad, comuna de residencia, previsión, escolaridad, paridad, tipo de parto y otras serologías VHB-VIH-sifilis peri parto) y del RN (sexo, edad gestacional, peso y APGAR). Se consideraron significativos  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se incluyeron 1,355 gestantes. Ninguna presentó coinfección con VIH y/o Sífilis. Un 87,6% (n=1188) fueron chilenas, un 5,5% (n=75) haitianas, 4,2% (n=57) venezolanas y un 2,5% (n=35) otras nacionalidades. El 0,3% (4) tuvo resultado positivo para VHB. La prevalencia de VHB en gestantes chilenas fue de 0,09% y en gestantes haitianas de 4,92%. No hubo gestantes de otras nacionalidades positivas. La nacionalidad haitiana resultó con un mayor riesgo de VHB (OR=83) vs la nacionalidad chilena ( $p=0.000$ ). La edad promedio de las gestantes VHB positivo fue de  $22,2 \pm 2,5$  años, menor a las gestantes VHB negativo ( $p=0.046$ ). La edad de la madre se comportó como factor protector, siendo menor el riesgo a mayor edad de la gestante (OR=0.77). **Conclusiones:** La seroprevalencia de VHB en gestantes del HCVB fue de 0.3%, valor similar a lo descrito en la población general (ENS 2009-2010). No existió coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual. El único factor predictor de tener infección por VHB fue la nacionalidad haitiana. Es posible que exista una subnotificación en gestantes, ya que para el año 2018 la prevalencia nacional de VHB estimada fue 0,02% (48 gestantes notificadas sobre el número de nacimientos), valor 15 veces menor de lo obtenido en este estudio. Estos resultados son de suma importancia para nuestra realidad local, ya que son previos a la vacunación contra VHB al RN y al cribado universal de VHB en la gestante, constituyendo una línea base para la evaluación de esta política pública.

### RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS ANAERÓBICOS EN LA RECUPERACIÓN DE MICROORGANISMOS EN LAS SEPSIS NEONATALES.

*Sandoval A, Guerra C, Espinoza S*

*Hospital Carlos Van Buren.*

**Introducción:** La toma de hemocultivos en botellas anaeróbicas no es una práctica rutinaria en las unidades de neonatología. Pese a lo anterior, la guía de la Academia Americana de Pediatría sugiere realizar idealmente un hemocultivo aeróbico y un hemocultivo anaeróbico (un ml cada uno) para el diagnóstico de sepsis precoz en recién nacidos (RN)  $\geq 35$  semanas. Lo anterior, se basa en que existiría mejor detección de microorganismos en botellas de hemocultivos anaeróbicos, con mayor pesquisa no sólo de microorganismos anaeróbicos estrictos, sino también de microorganismos anaeróbicos facultativos, y esto sería fundamental para mejorar el diagnóstico microbiológico en sepsis neonatal. **Objetivo:** Comparar el rendimiento de hemocultivos aeróbicos versus los hemocultivos anaeróbicos en el diagnóstico de sepsis neonatal (precoz y tardía). **Materiales:** Estudio observacional descriptivo de pruebas diagnósticas. Incluyó todos los pares de hemocultivos tomados en RN con sospecha de sepsis neonatal (precoz y tardía) atendidos en el Servicios de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, entre febrero 2019 y junio 2022. Se consideró cada para de hemocultivo como un hemocultivo aeróbico y un hemocultivos anaeróbico de un ml. cada uno recolectado por cada evento de sospecha de sepsis neonatal. Análisis fueron hechos con STATA 17. **Resultados:** Se recolectaron un total de 840 hemocultivos (420 pares) en 319 RN. El 55% de los RN fueron de género masculino, 33 semanas de edad gestacional ( $\pm 4,4$ ) y peso de nacimiento de 2240g ( $\pm 985,2$ ), con un 29,5%  $\leq 32$  semanas y 25,7%  $\leq 1500$ g. Hubo una positividad general de los hemocultivos de 9,6% (81/840), siendo 12,1% (51/420) para hemocultivos anaeróbicos vs 7,1% (30/420) para los aeróbicos ( $p < 0,00001$ ). Del total de hemocultivos positivos (81) hubo 24 (29,6%) pares de hemocultivos positivos en el mismo evento, 20 de los cuales fueron positivos para un mismo microorganismo, hubo 27 (33,3%) hemocultivos positivos sólo para botellas anaeróbicas y 6 (7,4%) fueron positivos sólo para botellas aeróbicas. El tiempo de positividad promedio de los hemocultivos anaeróbicos fue de 22 horas ( $\pm 9,6$ ) y para los hemocultivos aeróbicos 17,5 horas ( $\pm 7,9$ ),  $p=0,02$ . Entre los microorganismos que crecieron sólo en hemocultivos anaeróbicos hubo 2 bacterias anaeróbicas estrictas (*Clostridium perfringens* ambas) y, bacterias anaeróbicas facultativas. **Conclusiones:** Existe, de forma significativa, un mayor aislamiento de microorganismos en botellas de hemocultivos anaeróbicos. A la luz de nuestros resultados, el no uso de hemocultivos anaeróbicos, podría haber llevado a una pérdida de un tercio de los casos positivos. Pese a que el tiempo de positividad es más precoz en hemocultivos aeróbicos podemos concluir que en nuestro estudio la posibilidad de mayor detección de microorganismos sería más favorable utilizando ambas botellas de hemocultivos en forma complementaria.

## INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES IDENTIFICADAS MEDIANTE FILMARRAY EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA DE HOSPITAL TERCIARIO EN SANTIAGO DE CHILE.

*Martínez J, Vanegas A, Reinoso J, Aliaga P, Astudillo V, Palma N, Valdivia D*

*Hospital El Pino.*

**Introducción:** El método diagnóstico Filmarray de virus respiratorios es un panel completamente automatizado para la detección simultánea de 17 virus y 3 bacterias, esta técnica también aumenta la tasa de detección de co-infecciones con una alta sensibilidad y especificidad, su uso se masificó post pandemia y permitió que muchos servicios cuenten con este método para establecer diagnóstico etiológico de sus pacientes. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de uso y su capacidad diagnóstica, durante periodo invernal 2022 en el Servicio de Pediatría, Hospital El Pino, Santiago.

**Objetivo:** Descripción de características demográficas, diagnóstico virológico y la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos hospitalizados, durante los meses de Junio y Julio del 2022, mediante uso de Film array virus respiratorios, en el Hospital El Pino de San Bernardo, Santiago.

**Materiales:** Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal, en el cual se describen las características demográficas, diagnóstico virológico y la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos hospitalizados durante los meses de Junio y Julio del 2022 en el Hospital El Pino de San Bernardo, Santiago. A todos los pacientes se les realizó Filmarray respiratorio como diagnóstico virológico. Ingresando los datos a una planilla de Excel, las variables categóricas se evaluaron mediante porcentajes y las numéricas mediante promedio y moda. Se utilizó el software estadístico R.

**Resultados:** Se evaluaron 36 pacientes que por su condición clínica y sintomatología respiratoria baja se les tomó Filmarray panel respiratorio; el 66,6% eran mujeres, la mayoría fue en lactantes menores con un 50%. El diagnóstico de ingreso de prevalencia fue: Bronquiolitis (33,3%), Neumonía (33,3%), SBO (16,6%), Asma (5,5%) y síndrome febril (5,5%). El principal agente aislado fue VRS (44,4%), coinfecciones con otros virus (38,8%), Influenza A (11,1%), Rinovirus/Enterovirus (5,5%), el periodo promedio de días de estancia hospitalaria fue de 5 - 6 días (33,3%).

**Conclusiones:** El presente estudio es una muestra de los resultados de la técnica de Filmarray sobre la detección oportuna y eficaz de los virus respiratorios más frecuentemente aislados en edad pediátrica, siendo un 100% efectivo, se debió en parte a un beneficio colateral de la Pandemia, con buenos resultados clínicos y sin grandes diferencias en cuanto a la etiología, siendo la más común el VRS y las coinfecciones virales. Creemos que es una oportunidad en la implementación de técnicas rápidas y sencillas (Filmarray), para el diagnóstico precoz de patologías virales y además la expertis ganada gracias a la experiencia del SARS-CoV-2.

## MENINGITIS NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.

*Úrra M, Werner C, Zamorano J, Martínez L*

*Clínica Santa María Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La meningitis bacteriana neonatal es una enfermedad devastadora, asociada a una alta morbimortalidad. El agente causal más frecuente es el Streptococcus agalactiae, responsable del 70-80% de las meningitis en este grupo etario, con una incidencia mundial de 0.49 casos por cada 1.000 RN. Se estima que un 18% de las embarazadas presentan colonización rectal y/o vaginal del SGB, siendo éste el principal factor de riesgo para la infección neonatal. Debido a esto, se realiza un protocolo de prevención, con cultivo de SGB a todas las embarazadas entre las 35-37 semanas de gestación, y uso de profilaxis antibiótica intraparto y/o cuidados especiales del recién nacido. Pese a esto, un 81% de los RN que desarrollan infección, son hijos de madres con cultivo SGB negativo. La infección neonatal por SGB puede ser dividida en dos formas de presentación clínica. La de aparición precoz la cual se presenta en la primera semana de vida (<7 días) y por lo general se manifiesta como distrés respiratorio, septicemia, neumonía y en menor frecuencia como meningitis y la de aparición tardía es aquella que ocurre entre los 7 y 90 días de vida, presentándose comúnmente como bacteriemia sin foco o meningitis.

**Objetivo:** Describir un caso de meningitis neonatal por SGB de presentación precoz, con cultivo materno negativo y que, pese al correcto inicio de tratamiento antibiótico, evidencia compromiso de SNC importante desde los 7 días del cuadro.

**Caso Clínico:** RN 37 semanas EG, sin factores de riesgo de infección al momento del parto (Cultivo SGB (-), RPO de 3hrs, madre afebril), comienza a las 12 hrs. de vida quejumbroso, con rechazo alimentario y leve distensión abdominal. Se realizan exámenes destacando acidosis metabólica, PCR 165mg/L y leucopenia (GB 3.500) con desviación izquierda (34% baciliformes, IT 0.5), en PL se obtiene líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio, citoquímico compatible con meningitis bacteriana, se inicia terapia empírica con Ampicilina + Cefotaxima. Evoluciona con irritabilidad, llanto agudo y dos episodios de hipertonia y cianosis. Cultivo de LCR y hemocultivos positivos para SGB. Video EEG de las 48hrs con crisis epilépticas eléctricas multifocales, iniciándose tratamiento con Fenobarbital. RM cerebral evidencia múltiples lesiones isquémicas lenticulo capsulares, en centros semiovais y haz córtico-espinal bilateral, sugerentes de patrón isquémico profundo. Recibe 21 días de tratamiento antibiótico, con buena respuesta clínica.

**Conclusiones:** Pese a la utilización de un protocolo de prevención de infección de SGB, aún es posible ver casos graves de infección por este agente. Esto puede deberse a la baja sensibilidad del cultivo SGB y/o a la portación intermitente en las mujeres embarazadas entre el momento del screening y el parto lo que hace replantear el protocolo de prevención como, por ejemplo, incorporar el uso de otros métodos diagnósticos, como la PCR en tiempo real.

## PERICONDRITIS ABSCEDADA COMO COMPLICACIÓN DE UNA PERFORACIÓN AURICULAR INFECTADA; REPORTE DE UN CASO.

*Saul T, Hinojosa MJ, Zamorano J*

*Clínica Santa María*

**Introducción:** Las perforaciones o piercings son una práctica antigua y muy de moda en nuestros tiempos sobretodo en la población adolescente. El pabellón auricular es el sitio más común de perforaciones; suelen realizarse en tiendas comerciales e incluso en ferias artesanales, no en centros médicos. En Chile no contamos con una regulación nacional de la técnica a emplear. El procedimiento se debiera realizar siempre bajo técnica aséptica. El 35% de los piercing se van a complicar, siendo las complicaciones más frecuentes la cicatrización anómala, reacciones alérgicas e infecciones locales, esta última se da más frecuentemente en los piercing umbilicales y del pabellón auricular, la incidencia varía entre 10-45%. Los patógenos mayormente aislados son *Staphylococcus aureus* y *Pseudomona aeruginosa*. Los piercing en las zonas cartilagosas del pabellón auricular son los con mayor riesgo de infección por la avascularidad del cartilago, generando una pericondritis auricular, la que a su vez puede complicarse con abscesos, necrosis del cartilago y deformidades permanentes. En cuanto al tratamiento de las pericondritis, la base es la terapia antibiótica la que puede ser oral pero en ocasiones requiere ser endovenosa (41%), y en ciertas ocasiones se requiere también intervención quirúrgica (7%). **Objetivo:** Presentación de un caso clínico de una pericondritis abscedada como complicación de la colocación de un piercing. **Caso Clínico:** Adolescente femenina de 12 años, sana. Se realiza una perforación transcartilaginosa auricular en 2 sitios, en su domicilio. Al 3º día evoluciona con eritema en la parte superior del helix y salida de material purulento. Al 5º día se retira el piercing por persistencia síntomas descritos asociado a dolor e importante edema. Consultan por primera vez al 8º día post perforación, se diagnostica pericondritis y se indica tratamiento con cefadroxilo y curaciones. Paciente con mala evolución, con progresión de la clínica mencionada. Se reevalúa a las 72 horas y se diagnóstica pericondritis abscedada. Se hospitaliza, se toma cultivo de la lesión y se inicia tratamiento endovenoso con Ceftazidima, Amikacina y Cloxacilina, se decide observar ante posible drenaje espontáneo. Tras 24 horas se decide realizar drenaje quirúrgico el que da salida a abundante material purulento, se cultiva. Los cultivos resultan positivos para *Pseudomona aeruginosa*. Se ajusta terapia suspendiendo Cloxacilina. Al 5º día de tratamiento se realiza traslape a vía oral con Ciprofloxacino, completando en total 20 días de tratamiento y presentando una buena evolución clínica y estética. **Conclusiones:** La pericondritis es una complicación frecuente de los piercing del pabellón auricular, el principal agente causal es la *Pseudomona aeruginosa* en un 69-87%. El tratamiento de elección debe tener cobertura con acción antipseudomona siendo las fluoroquinolonas el tratamiento antibiótico de primera línea.

## ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO EN SERVICIOS DE URGENCIA.

*Contreras C, Abarca K, García P, Cerda J*

*Red Salud UC Christus.*

**Introducción:** Pese a importantes avances en las condiciones sanitarias a nivel mundial, la diarrea continúa siendo una de las principales causas de morbilidad en niños. La etiología infecciosa predomina, siendo rotavirus el principal agente aislado y aquel con la mayor mortalidad asociada. En Chile, clásicamente se ha descrito un predominio de virus, siendo rotavirus y norovirus identificados como las principales causas de diarrea aguda infecciosa en niños. El diagnóstico etiológico actual presenta limitaciones dada la baja sensibilidad de los métodos tradicionales y el amplio número de patógenos asociados. Así, surgen nuevos métodos con uso de técnicas moleculares, destacando el panel gastrointestinal (GI) ampliado para la búsqueda de 22 patógenos por técnica de reacción en cadena de la polimerasa (Biofire® FilmArray®). **Objetivo:** El objetivo es describir la etiología del síndrome diarreico agudo en pacientes pediátricos que acudieron a servicios de urgencia (SU) y a los que se le solicitó panel GI. **Materiales:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional que incluyó la revisión de los resultados de los paneles GI en niños que consultaron por diarrea aguda en los SU del Hospital Clínico de la Universidad Católica y de la Clínica San Carlos de Apoquindo, desde junio del año 2017 hasta marzo del año 2020. Se incluyó a pacientes < 16 años, con diarrea de < 14 días de duración y con resultado de un panel GI solicitado en el SU. Se registró el resultado del panel GI y la información epidemiológica y clínica extraída de la ficha electrónica de SU. Adicionalmente, se revisaron epicrisis y las atenciones ambulatorias previas y posteriores a la consulta. **Resultados:** Se revisaron las fichas clínicas del SU de 250 pacientes con panel GI solicitado, de los cuales 198 fueron incluidos. La positividad del panel GI alcanzó un 78,8% (156/198), con 229 microorganismos (MO) identificados. Del total de muestras positivas, 64,7% (101/156) resultaron muestras monomicrobianas y 35,3% (55/156) polimicrobianas. De los 229 MO identificados, 72,9% (167/229) corresponde a bacterias, 25,8% (59/229) a virus y 1,3% (3/229) a parásitos. Cabe destacar la alta tasa de detección de bacterias, destacando *Campylobacter* y *E. coli* enteropatógena (ECEP). Se detectó una alta tasa de MO en muestras polimicrobianas tales como ECEP, *Clostridioides difficile* y *E. coli* enteroagregativa. **Conclusiones:** El panel GI tiene un importante potencial para mejorar los estudios etiológicos de rutina en la diarrea aguda y así lograr la optimización del tratamiento y control de esta. En las muestras analizadas, destacó la alta frecuencia de *Campylobacter* spp. lo que da cuenta de la importancia de una búsqueda dirigida de este MO. Además, ECEP destacó como el segundo agente infeccioso más frecuente, aunque en sólo 17.5% de las muestras fue encontrada como patógeno único. El rol de este MO como agente etiológico en niños debe ser atribuido de forma cautelosa y se requieren mayores estudios para lograr definir su patogenicidad.



**ROL DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN LA GRAVEDAD DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON COVID-19.**

*Mora C, Larrain T, De la Carrera V, Martínez E, Alarcón G, Schulze C, Valenzuela G*

*Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Introducción:** El virus SARS-CoV-2 en pacientes con cardiopatía sería un factor de riesgo para su descompensación, dado por el tropismo viral y/o mediado por la respuesta inmune exacerbada tras la infección. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar si los pacientes pediátricos con infección por COVID-19 y cardiopatías congénitas presentan una mayor gravedad del cuadro clínico. **Materiales:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de pacientes hospitalizados por COVID-19 y comorbilidades asociadas. Todos los pacientes al ingreso presentaron una PCR para SARS-CoV-2 positiva. Se armaron 2 grupos que cursaron con infección y hospitalización por COVID-19; basados en la presencia de cardiopatías congénitas (1:1), pareados por sexo y edad. Se realizaron análisis descriptivos y test de asociación no paramétricos para encontrar diferencias estadísticas entre los grupos comparados. Se consideró significativo un valor p. **Resultados:** En una cohorte de 26 pacientes pareados por edad y sexo, se encontró que la media de edad fue de 3,9 años, mediana de 1,0 años (RIQ 0,2 - 7,5), y predominio femenino (n=20). Dentro de los pacientes con cardiopatías congénitas (n=13), un 15,3% presentaba comunicación interauricular, 15,3% comunicación interventricular, 15,3% ductus arterioso permeable, 15,3% canal auriculoventricular, 7,6% Tetralogía de Fallot, 7,6% doble salida del ventrículo derecho, 7,6% transposición de grandes vasos, 7,6% ventrículo único y 7,6% miocardiopatía dilatada. Cabe destacar que un 53,8% (n=7) de los niños con cardiopatía congénita corresponden también a pacientes médicamente complejos. En cuanto a los desenlaces, se observó una mayor admisión a unidad de paciente crítico en el grupo de pacientes con cardiopatía congénita versus pacientes sin esta comorbilidad (72,7% y 27,3% respectivamente; p=0,047). Así mismo, mayor requerimiento de ventilación mecánica invasiva (7,6% vs 0,0%; p=0,03). Sin diferencias en el uso de VMNI (p=0,308), CNAF (p=0,135) y oxigenoterapia (p=0,050). No hubo diferencias significativas en cuanto a duración de estadía hospitalaria (mediana de 7 días vs 5 días; p=0,418), ni en mortalidad (p=0,308). **Conclusiones:** En conclusión, los niños con cardiopatías son más susceptibles al desarrollo de enfermedad grave por COVID-19, incluyendo mayor ingreso a unidad de paciente crítico y necesidad de soporte ventilatorio invasivo. La implicancia detrás de estos desenlaces, se pueden explicar no sólo por los mecanismos descritos, sino también por las comorbilidades asociadas en estos niños, considerando el predominio de pacientes médicamente complejos incluidos en el estudio. Financiamiento: División de pediatría y DIDEMUC PB 23/20(Gonzalo Valenzuela).

## SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN CONTEXTO DE PACIENTE CON SÍNDROME DE HIPER INMUNOGAMAGLOBULINA E. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Schaufele P, Basaur A, Báez B, Contreras R*

*Complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.*

**Introducción:** El Síndrome de Hiper IgE (HIES) o Síndrome de Job es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por niveles elevados de inmunoglobulina E, infecciones recurrentes de tipo bacterianas y candidiásicas, asociado a eczema. **Objetivo:** Contribuir al diagnóstico diferencial de síndromes linfoproliferativos en inmunodeprimidos. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 18 años, con antecedentes mórbidos de Síndrome de HiperIgE e inmunodeficiencia humoral. Consultó en servicio de urgencia por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a dorso, de intensidad 10/10, tipo punzante, persistente. Se asoció a adenopatías cervicales, fiebre de 39°C y cefalea frontal tipo punzante. Sin otros síntomas agregados. Al examen físico se constató en buen estado general, a la palpación se encontró adenopatías de 2 cm en cadena cervical anterior, examen abdominal sin hallazgos. En el laboratorio destacó GOT: 566, GPT: 330, parámetros inflamatorios bajos. Se solicitó hemocultivos, marcadores virales y estudio imagenológico con scanner de tórax, abdomen y pelvis que confirmó múltiples adenopatías en los grupos ganglionares cervicales, axilares bilaterales, retroperitoneales y mesentéricos. Ingresó a sala de medicina interna para estudio y manejo en contexto de probable síndrome linfoproliferativo. **Conclusiones:** En este caso el síntoma predominante es dolor abdominal, que evolucionó con ictericia, y elevación de transaminasas. Se biopsiaron las adenopatías para descartar linfoma y en cuanto al cuadro de hepatitis se amplió el estudio con virus que no son característicos de pacientes inmunocompetentes como Citomegalovirus, Virus Epstein Barr (VEB) y Herpes Zoster 1 y 2. Se solicitó una colangiografía que resultó sin hallazgos patológicos. Se rescataron exámenes de laboratorio que evidenciaron mononucleosis infecciosa, IgM + antígeno de cápsida viral de virus Epstein Barr mayor a 50. La hepatitis por VEB es un diagnóstico diferencial a considerar en pacientes que presentan adenopatías y clínica de hepatitis en un contexto de paciente inmunodeprimido. La biopsia resultó negativa para linfoma, por lo que se atribuyó la clínica a Virus Epstein Barr con la completa recuperación de la paciente.

## ESCLEROSIS SISTÉMICA JUVENIL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Valenzuela T, Acuña J, Escobar A, Alegría MJ, Alegría L, Villalobos P*

*Hospital Hernán Henríquez Aravena.*

**Introducción:** La esclerodermia sistémica juvenil (ESJ), es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica y progresiva del tejido conectivo, de etiología desconocida; Poco frecuente y su incidencia se estima en 0,27 casos/millón de niños/año; 70-80% de los casos diagnosticados corresponden a niñas y solo un 20% ocurre en el sexo masculino. La edad de presentación más frecuente es alrededor de los 11 años. Se caracteriza principalmente por compromiso cutáneo, vasculopatía y fibrosis de órganos. **Objetivo:** Presentar un caso clínico infrecuente, que permita conocer y sospechar la patología, a fin de optimizar el proceso diagnóstico. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 10 años, previamente sano, con antecedentes de tía con artritis reumatoide (línea materna). Consulta por cuadro de 6 meses de poliartralgia progresiva de patrón inflamatorio, asociado a inapetencia, baja de peso y cefalea. Al examen físico destaca textura delgada, telangectasias faciales, aumento de volumen de articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas, raynaud positivo, esclerodactilia, limitación de extensión en dedos de manos y úlceras distales. Se realizó estudio con parámetros inflamatorios (hemograma con eosinofilia y velocidad de eritrosedimentación normal), marcadores inmunológicos: Anticuerpos antinucleares (ANA) patrón homogéneo 1/80, anticuerpos antiDNA positivo débil (264), Factor reumatoide, complemento e inmunoglobulinas normal. Se realizó evaluación complementaria por estudio sistémico, con laboratorio e imágenes, que descartó compromiso cardíaco, oftálmico, broncopulmonar y neurológico. Por clínica y marcadores inmunológicos; Reumatología diagnosticó ESJ y se inició tratamiento controlador (prednisona y metotrexato) más terapia de soporte (ácido fólico, omeprazol). Paciente se mantiene en control, y seguimiento multidisciplinario, con reumatología, inmunología, medicina física y rehabilitación, cardiología, neurología y nutrición. Actualmente con buena respuesta clínica y recuperación parcial de limitación, a un año de seguimiento. **Conclusiones:** La clínica y laboratorio de este caso, concuerdan con los criterios diagnósticos de ESJ. Además, la edad del paciente es similar a la edad de presentación más frecuente descrita en la literatura, hallazgos que avalan el diagnóstico. Los casos reportados en su mayoría son niñas, por lo que este caso de un paciente masculino demuestra la importancia de sospechar ESJ en pacientes con clínica inicial puede ser inespecífica y primeros hallazgos al examen físico; esto independiente de la edad y sexo. Ante la sospecha se debe realizar estudio sistémico completo, orientado a identificar tempranamente hallazgos de fibrosis, alteración característica en esta patología, Un diagnóstico oportuno permite iniciar un tratamiento multidisciplinario más eficaz, mejorando el pronóstico de la enfermedad. La serología es un apoyo diagnóstico, pero no es excluyente, por lo que no debe limitar la sospecha ni la confirmación diagnóstica.

**SÍNDROME DE HIPER IGD COMO CAUSA DE CUADROS FEBRILES RECURRENTE.***Ediap C, Horta A**Hospital de niños Roberto del Río.*

**Introducción:** Las enfermedades autoinflamatorias se caracterizan por la presencia de episodios inflamatorios agudos y recurrentes. Sus características clínicas son variables, incluyendo frecuentemente episodios de fiebre, erupciones cutáneas, compromiso de serosas y aumento de los niveles sanguíneos de reactantes de fase aguda. La sospecha es clínica y se basa en las características fenotípicas. El diagnóstico es genético y debe ser interpretado correctamente. El Síndrome de hiper-IgD o déficit de mevalonato quinasa, es una enfermedad autonómica recesiva que debuta en niños pequeños y presentan episodios inflamatorios agudo de 4 a 7 días de duración recurrentes. Los episodios febriles pueden acompañarse de adenomegalias dolorosas, dolor abdominal, vómitos y diarrea. Suelen presentar otros síntomas asociados como cefalea, irritabilidad, erupciones cutáneas, mialgias y estomatitis aftosa. El diagnóstico se basa en la historia de cuadros febriles recurrentes sin un patógeno asociado y una concentración sérica de IgD > 100 unidades/L. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de enfermedad autoinflamatoria sistémica correspondiente a un síndrome de hiper IgD. **Caso Clínico:** Paciente de 3 años 8 meses, con antecedentes de SBOR en tratamiento con fluticasona y desloratadina, antecedentes de hospitalización a los 3 meses de edad por cuadro febril sin foco, que evoluciona posteriormente con baja de peso y alteración en deposiciones (aceitosas), en donde se realiza estudio de fibrosis quística, dada de alta con 3 test del sudor normales. Segunda hospitalización por neumonía por VRS donde requiere transfusión por anemia severa. Antecedentes familiares de 2 hermanas paternas con fibrosis quística, sin otros antecedentes específicas de inmunodeficiencias primarias conocidas. Derivada a inmunología por cuadro de 1 año de evolución de episodios febriles recurrentes sin agente patógeno asociado, con temperatura hasta 39,3°C, de aproximadamente 3 días de duración, periodicidad cada 2 a 3 semanas, asociado a dolor abdominal, vómitos ocasionales, mialgias, cefaleas y aftas bucales (una cada 2 meses, menos de 7 días de duración y de menos de 1 cm). Madre no ha notado ojo rojo, rash ni compromiso articular. Comienza estudios con inmunología en noviembre 2020. En examen de control (sin fiebre) destaca GB 10.140 Linfocitos 6.390 (63%) RAB 3.240 (32%) Hemoglobina 12 Hematocrito 35% Plaquetas 234.000 VHS 35 GOT 25 GPT 15 Albumina 3,4 BUN 11 TSH 3,11 T4L 1,32 IGG 1282, IGA 308, IGM 110, IGE 6,9, C3 145, C4 36, Factor reumatoideo negativo, examen de orina normal, TP 100% En Julio 2021 se considera cuadro clínico compatible con síndrome Hiper IgD con confirmación genética. **Conclusiones:** Las enfermedades autoinflamatorias sistémicas, como el síndrome de hiper IgD, requieren tener una alta sospecha diagnóstica, ya que pese a ser enfermedades de inicio en la infancia, al ser enfermedades manifestadas por cuadros febriles y dada su baja frecuencia, en algunas ocasiones alcanzan la edad adulta debido al retraso diagnóstico.

**RELACIÓN ENTRE LOS QUISTES RENALES SIMPLES Y LA PRELITIASIS EN LA INFANCIA.***Peralta C, Ludeña C, Alaniz J, Spencer P, Araya M, Ocampo N, Vergara S**Hospital Regional Leonardo Guzmán, Antofagasta.*

**Introducción:** Desde hace décadas se sabe que los quistes renales simples pueden coexistir con urolitiasis [Küss R et al. J Chir (Paris)1976; Amar AD et al. J Urol 1981; Surya BV et al. Urology 1989; Topaktas R, Tepeler A. Urology 2015]. En 2010, García Nieto et al. establecieron en una serie de 22 niños con quistes renales simples ecográficos que el 63 % de los mismos eran portadores de hipercalcemia o hipocitratemia y en 13 de las familias (59 %) existían antecedentes familiares de urolitiasis (Nefrología 2010; 30:337-341). El objetivo de este trabajo fue confirmar los hallazgos establecidos en el mencionado artículo. **Objetivo:** Estudiar en los pacientes diagnosticados ecográficamente de quistes renales simples si presentan hipercalcemia, hipocitratemia y antecedentes familiares de litiasis renal. **Materiales:** Estudio prospectivo longitudinal en el que se incluyeron 21 niños (11V, 10M) diagnosticados de quistes renales simples ecográficos en los últimos tres años. Su edad era de 8,3±2,6 años (rango: 4-13). Nueve quistes estaban localizados en el riñón derecho y doce en el izquierdo; catorce estaban ubicados en el polo superior y siete en el inferior. Se calculó el volumen corregido por 100 ml. de FGR (V/FGR) y los cocientes del calcio, citrato y ácido úrico con respecto a la creatinina en la primera orina del día. Además, se cuantificó el cociente calcio/citrato (riesgo litógeno). Se indagó acerca de los antecedentes familiares de litiasis renal en la primera y segunda generaciones. **Resultados:** En siete casos (33,3 %) se comprobó hipercalcemia, pero el cociente calcio/citrato estaba elevado en el 95,2 % de los pacientes (mayor de 0,33). El manejo renal del agua (V/FGR) y el cociente ácido úrico/creatinina fueron normales en todos los casos. El cociente albumina/creatinina estaba ligeramente incrementado en siete casos. En nueve niños se comprobaron antecedentes familiares de urolitiasis en los familiares tanto de primero como de segundos grados y, en otros seis, en los familiares de segundo grado [total de antecedentes: 15/21 (71,4 %)]. **Conclusiones:** Las anomalías metabólicas causantes de cálculos renales y los antecedentes familiares de urolitiasis son muy frecuentes en niños con quistes renales simples ecográficos. Queda por establecer la relación etiológica final entre ambas circunstancias.

**PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN UNA CELULITIS ORBITARIA DE DIFÍCIL MANEJO; REPORTE DE UN CASO.***Saul T, Hinojosa MI, Del Río A, Zamorano J**Clínica Santa María.*

**Introducción:** Los pseudotumores inflamatorios orbitarios (PIO) son una patología benigna, poco frecuente en general y más aún en la edad pediátrica. Importante diagnóstico diferencial de las inflamaciones orbitarias. Son una patología de etiología desconocida, pero de buen pronóstico, corresponde a un proceso inflamatorio orbitario no específico y no neoplásico. Del total de inflamaciones orbitarias el 6-16% ocurren en niños, los PIO corresponden a la tercera causa de proptosis en adultos. En pediatría el 45% de los PIO son bilaterales, sus principales síntomas son la restricción de los movimientos oculares, proptosis, edema y ptosis palpebral, este último se presenta con mayor frecuencia en niños (38%) que en adultos (9%). Se sospecha con la clínica e imágenes, pero el diagnóstico definitivo es histológico, se observa la proliferación de fibroblastos y miofibroblastos asociado a infiltración de células inflamatorias y aumento del tejido conectivo con fibrosis y edema. En cuanto al tratamiento, por lo general resuelve únicamente con corticoides sistémicos en ocasiones requiere de radioterapia y/o cirugía. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico de una patología poco frecuente en niños con el fin de revisar sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. **Caso Clínico:** Lactante de 6 meses, recién nacido de término sin antecedentes de importancia, consulta en oftalmología por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por eritema, edema y ptosis palpebral derecha, sin otros síntomas. Se realiza tomografía computarizada de cavidades paranasales y se diagnostica absceso subperióstico derecho secundario a celulitis postseptal ipsilateral. Se decide hospitalización y se indica tratamiento antibiótico endovenoso con cefotaxima y clindamicina. Paciente con lenta evolución clínica e imagenológica por lo que se realiza drenaje endoscópico, por aspecto de la lesión se decide realizar biopsia la que informa "pseudotumor inflamatorio orbitario". Ante nuevo diagnóstico se indicó tratamiento corticoidal endovenoso en un inicio, luego traslape a vía oral asociado a antibioticoterapia con amoxicilina- ácido clavulánico. Paciente con buena respuesta, evolución clínica e imagenológica favorable. **Conclusiones:** Los pseudotumores inflamatorios orbitarios son una patología poco frecuente pero un importante diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante una inflamación orbitaria persistente por su benignidad y las particularidades de su tratamiento.

**COVID-19 GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE DOWN.**

*De la Carrera V, Alarcón G, Valenzuela G, Schulze C, De la Noi L, Jofré M, Jiménez V, Chelebifski S, Aburto A*

*Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Introducción:** El COVID-19 en niños suele producir síntomas leves y un pronóstico favorable. Sin embargo, en ciertos grupos de niños, la enfermedad puede llegar a ser grave. El Síndrome de Down es una condición que se asocia a inmunodeficiencias y también a comorbilidades como la obesidad, que se han reportado ser factores de riesgo para el desarrollo de una infección grave por COVID-19. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo evaluar si los pacientes con Síndrome de Down versus aquellos sanos, evaluar los desenlaces de gravedad en estos pacientes. **Materiales:** Se realizó un estudio observacional de pacientes hospitalizados con enfermedad por COVID-19. Todos los pacientes al diagnóstico presentaron una PCR para SARS-CoV-2 al ingreso. Se pareo por edad y sexo a pacientes infectados con Síndrome de Down y población pediátrica general, ambos grupos con infección activa por SARS-CoV-2 que requirieron hospitalización. Se realizaron análisis descriptivos y test de asociación no paramétricos para encontrar diferencias estadísticas. **Resultados:** En una cohorte de 32 pacientes pareados por edad y sexo, se encontró que la mediana de edad fue de 7,28 años (RIQ 0,5- 13,0), con un leve predominio femenino (n=20). Se evaluaron las características de los pacientes con Síndrome de Down; todos con trisomía completa, 12,5% (n=2) presentaba SAHOS, 43,8% (n=7) presentaba obesidad y 37,5%(n=6) hipotiroidismo. En los desenlaces se observó que los pacientes con Síndrome de Down presentaron mayor estadía hospitalaria con una mediana de 10,5 (RIQ 5,0 - 25,0) versus una mediana de 5,5 días (RIQ 4,0 - 7,5, valor p= 0,047) en los pacientes sin Síndrome de Down. Una mayor admisión a UPC (56,0% vs 18,0%), mayor requerimiento de ventilación invasiva (25,0% vs 0%; p=0.33). No hubo diferencias significativas en cuanto al uso de drogas vasoactivas (12,5% vs 0%; p=0.14). **Conclusiones:** Los pacientes con Síndrome de Down presentaron un cuadro por COVID-19 más severo; con estadía hospitalaria prolongado y mayor requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, en comparación a los pacientes sin esta condición ni comorbilidades asociadas, ajustados por edad y sexo. Más estudios se necesitan para esclarecer los mecanismos que hay detrás de estos resultados.

**NEFROPATÍA IGA ASOCIADA A ENFERMEDAD CELÍACA EN UN ADOLESCENTE CON SD. DE DOWN.***Riffo P, Lobos P, Cid B, Millar M**Hospital Base San José Osorno Universidad Austral De Chile.*

**Introducción:** La nefropatía por IgA (NIgA) es la glomerulopatía primaria más frecuente, su patogenia se asocia con la producción de IgA con defectos de la glucosilación. La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad autoinmune inducida por gluten, mediada por anticuerpos IgA e IgG en individuos susceptibles. Estudios sugieren una correlación entre NIgA y EC; las personas con EC tienen mayor riesgo de NIgA que la población general, describiéndose casos de mejoría en la proteinuria con una dieta sin gluten. **Objetivo:** Se presenta un caso clínico de un paciente con Sd. de Down en donde la EC y NIgA se presentaron simultáneamente. **Caso Clínico:** Varón de 14 años con Sd. de Down, sin seguimiento por pediatría, con desnutrición, talla baja y ceguera de ojo derecho por uveítis crónica. Con historia de 3 años de artralgias intermitentes de rodillas, tobillos y muñecas. Evaluado en reumatología donde se solicita estudio: Hgma normal, VHS 32 mm/Hr, FR negativo, ANA negativo, Ac. anti transglutaminasa IgA (Ac. Anti TGA): 346.61 U/ml, IgA total 353, IgG 1270, Creatinina: 1.62mg/dL, TFG: 35ml/min/1.73m<sup>2</sup>, Proteinuria en rango no nefrótico (IP/C 0,28), C3-C4: normal. Endoscopia digestiva alta evidencia gastritis erosiva, duodenitis inespecífica, atrofia vellositaria en parches y lesiones bulbo duodenales. Biopsia (Bp) confirma EC tipo 3b de Marsh. Ecografía con riñón derecho de tamaño disminuido e hiperecogénico, riñón izquierdo y vejiga de aspecto y tamaño normal. Cintigrama renal DMSA normal. Se indica dieta sin gluten y losartán a la espera de completar estudio de falla renal. Posterior a dieta sin gluten, las artralgias desaparecen. Bp renal muestra hallazgos compatibles con NIgA, con glomerulonefritis crónica esclerosante, 20% de crecientes, compromiso túbulo intersticial crónico moderado, arterioesclerosis y arterioloesclerosis discretas. Clasificación de Oxford: M0E0S0T1C1. Paciente evoluciona asintomático, pero a pesar de dieta sin gluten, tratamiento antiproteinurico, perfil lipídico normal, euglicemia, 25-OH vitamina D en rango normal, no se modifica creatinina ni proteinuria. Inicia pulsos de metilprednisolona y luego prednisona, tras lo cual la creatinina desciende a 1.1mg/dl (TFG 51ml/min/1.73m<sup>2</sup>) y remite la proteinuria. Al disminuir corticoides, creatinina aumenta, por lo que inicia ciclofosfamida mensual logrando disminución de creatinina. Ac anti TGA de control en 14.47U/mL. Paciente actualmente estable, normotenso, sin proteinuria, permanece con ERC etapa 3 (TFG: 50-55ml/min/1.73m<sup>2</sup>), en controles ambulatorios. **Conclusiones:** Se presenta un caso en donde EC y NIgA se manifestaron simultáneamente. No es posible establecer si el gluten tuvo un impacto significativo en la progresión de la enfermedad renal. Es fundamental el cribado de rutina de EC en niños con Sd. de Down, para lograr un diagnóstico precoz y evitar las complicaciones asociadas. Los pacientes con EC tienen mayor riesgo de NIgA, por lo que la pesquisa de esta glomerulopatía también podría influir en el pronóstico de la función renal.

**SÍNDROME EDEMATOSO COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.***Pino M, Maturana S, Uribe D**Clínica Andes Salud, Concepción.*

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, multisistémica, de curso variable, potencialmente mortal. Es más frecuente en mujeres y suele debutar en la edad fértil, empero aproximadamente un 20% de los pacientes lo hará en edad pediátrica, con un pico de incidencia a los 12 años. Existen 11 criterios para el diagnóstico de LES que incluyen eritema malar, rash discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis, nefropatía, compromiso neurológico y hematológico, anomalías inmunológicas y anticuerpos antinucleares. Hasta un 50-80% de los niños con LES van a presentar afectación renal, que posteriormente definirá el pronóstico. Las manifestaciones clínicas comunes incluyen hematuria microscópica con o sin cilindros de glóbulos rojos, deterioro de la función renal, proteinuria en rango nefrótico o síndrome nefrótico e hipertensión. **Objetivo:** Describir un caso de síndrome edematoso como debut de LES. **Caso Clínico:** Paciente sexo femenino, trece años, sin antecedentes mórbidos ni cuadros infecciosos recientes, consultó en servicio de urgencia por cuadro de un día de evolución caracterizado por edema palpebral progresivo, sin otros síntomas agregados. Al examen físico se objetiva hipertensa, y destacaba edema palpebral bilateral, de manos y extremidades inferiores, eritema en manos y rodillas. En contexto de un posible síndrome nefrótico, se decidió hospitalizar para manejo y estudio dirigido. Dentro de exámenes de laboratorio de ingreso destacaba proteinuria en rango nefrótico, hipoalbuminemia y colesterol normal, además anemia, hematuria y leucocituria importante, por lo que se diagnosticó síndrome nefrótico impuro iniciándose manejo con prednisona y amlodipino. Tras ampliarse estudio inicial se obtuvo test de Coombs positivo, VDRL positivo, C3 disminuido y aumento de creatinina con respecto a basal por lo que frente a la sospecha de cuadro compatible con LES se inició manejo con pulsos de metilprednisolona e hidroxycloquina a la espera de obtener marcadores diagnósticos. Posteriormente evolucionó de forma favorable, con mejoría clínica progresiva y normalización de función renal. Finalmente se obtuvo ANA y anti DNA positivo, con títulos 1/160 y 1/120 respectivamente, con patrón homogéneo (AC-1) y un segundo patrón nuclear del tipo Membrana nuclear lisa (AC-11) con título 1/80, confirmándose sospecha diagnóstica. Con títulos de anticuerpos y compromiso renal se decidió complementar tratamiento con ciclofosfamida. **Conclusiones:** La afectación renal es una de las manifestaciones más graves y frecuentes en el LES pediátrico (50-80%), por lo cual se recomienda realizar un cribado activo durante el seguimiento y sobre todo en los primeros años tras el debut de la enfermedad. Puede ser recurrente en el 25% de los casos en algunas series, alcanzando fallo renal en el 5% de los casos. Es imprescindible realizar un diagnóstico precoz del compromiso renal, ya que el tratamiento adecuado mejora el pronóstico y disminuye la morbi-mortalidad.



**SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO: UNA ENFERMEDAD INFRECUENTE EN CHILE, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Molinos M, Fernández MI, Pino C, Martínez J, Christoph C*

**Introducción:** El síndrome nefrótico (SN) es la glomerulopatía más frecuente en la infancia. Fisiopatológicamente se produce por una alteración en la barrera de filtración glomerular, específicamente en los podocitos. Se caracteriza por proteinuria en rangos  $>40$  mg/m<sup>2</sup>/hora, edema, hipoalbuminemia ( $<2,5$  g/dl), dislipidemia y alteraciones endocrinas. El síndrome nefrótico congénito (SNC) ocurre clásicamente dentro del primer año del por una alteración en la codificación de proteínas de la membrana de filtración glomerular (1). La incidencia del SNC es de 1-3/100.000 recién nacidos vivos a nivel mundial (2). **Objetivo:** Este caso pretende describir y visibilizar una patología poco común en Chile. **Caso Clínico:** Lactante femenino de 5 meses de edad, originaria de Rapa Nui. Consulta a los 2 meses con clínica de síndrome bronquial obstructivo, manejado con corticoterapia y broncodilatadores. A las 24 horas reconsulta por fiebre, dificultad respiratoria, edema generalizado y oliguria. En sus exámenes destacan acidosis metabólica, creatinina 5.1 mg/dl, BUN 27 mg/dl, colesterol total 121 mg/dl, albúmina 0.9 g/dL, proteinuria 2.210 mg/L y tomografía de abdomen con ascitis. Se diagnostica SN y se realiza estudio etiológico que muestra serología IgM e IgG positiva para citomegalovirus, con ecografía que muestra lesiones cerebrales sugerentes de TORCH, con estudio etiológico negativo, y ecografía abdominal con hepatoesplenomegalia leve y nefromegalia bilateral con riñones ecogénicos. Se estabiliza e inicia corticoterapia y tratamiento de citomegalovirus. Estudio genético confirma variante NPHS1 R711S en homocigosis, con padres de etnia maorí, portadores heterocigotos de este gen autosómico recesivo. Biopsia renal descarta citomegalovirus y muestra podocitopatía de causa genética. Ante SN corticorresistente se indica nefrectomía médica con ibuprofeno y captopril dosis máximas por un mes, presentando buena respuesta clínica como funcional. **Conclusiones:** El uso de técnicas moleculares es parte esencial en la práctica clínica y desde 1998 ha permitido identificar nuevas genopatías en SNC (3). Las mutaciones de los genes NPHS1, NPHS2, NPHS3, WT1 y LAMB2 son los responsables de 2/3 de los SNC (1,4). Existen más de 173 mutaciones del gen NPHS1 con un amplio espectro de fenotipos asociados. Algunas poblaciones presentan mayor prevalencia del SNC por variantes genéticas propias, como lo son la población finlandesa y la etnia maorí (5,6). En Chile es una patología poco común, existiendo sólo dos casos descritos (7,8). Según el censo del 2017, 9.399 chilenos pertenecen al pueblo Rapa Nui, parte de los pueblos polinésicos al igual que la etnia maorí (9). El reporte de este caso eleva la interrogante de un posible subdiagnóstico de la enfermedad sobre todo en la población de ascendencia polinésica. Creemos que con la creciente disponibilidad de estudio genético se podrán establecer diagnóstico más precoz, pronóstico y consejería genética dirigida.

1

## RARA CAUSA DE ATORO Y CIANOSIS EN RECIÉN NACIDO: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA “EN H”, NO ASOCIADO A ATRESIA. REPORTE DE UN CASO.

*Labbé C, Quevedo J, Parra J, Larrain M, Villalón H*

*Departamento de Pediatría, Universidad De Los Andes, Chile.*

**Introducción:** La fístula traqueoesofágica (FTE), se presenta en la mayoría de los casos asociada a una atresia esofágica congénita (AE). La variación de esta, no asociada a AE, se conoce como fístula en “H”, la cual es infrecuente, presentándose en un 4% de los pacientes con atresia y corresponde a una comunicación posterior de la tráquea y anterior del esófago. Los síntomas clásicos corresponden a la triada de ahogo, episodios de tos y cianosis durante la alimentación. A pesar de manifestarse desde el nacimiento, el diagnóstico habitualmente es tardío debido a lo infrecuente y baja sospecha diagnóstica, frente a otras condiciones más habituales y de similar presentación (P/ej. RGE). El gran desafío es el diagnóstico, debido a la baja prevalencia, inespecificidad de sus síntomas y limitación imagenológica para su pesquisa. **Objetivo:** Reportar un caso de esta infrecuente patología y el plan que permitió un temprano diagnóstico. **Caso Clínico:** RNPT 36 semanas AEG, sin trastornos adaptativos, LME. Dentro de las primeras horas de vida presenta abundantes secreciones y signología húmeda. Posteriormente crisis de cianosis, por lo que se hospitaliza. Se descarta causas infecciosas, metabólicas y cardiovasculares, paso de SNG a estómago sin problemas. Vuelve a presentar crisis al alimentar. Se solicita estudio radiológico contrastado que demuestra fístula en H, próximo a la carina. Rx Tórax sugerente de neumopatía aspirativa. Se realiza corrección quirúrgica toracoscopia, con excelente evolución posterior. **Conclusiones:** Frente a la triada de atoro, tos y cianosis, el estudio imagenológico de vía aérea debe ser precoz, por la oportunidad terapéutica correctiva y evitar secuelas y complicaciones. Este reporte alerta en la sospecha de este diagnóstico, muy infrecuente y trascendente, en la importancia de su corrección precoz.

## NIVEL COGNITIVO Y ESCOLARIDAD EN PREMATUROS EXTREMOS CON HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EXTENSA.

*Salas J, Gaete R, Salas R, Suárez N, Burgos R*

*Hospital Barros Luco.*

**Introducción:** Los prematuros extremos (PE) tienen alto riesgo de presentar Hemorragia Intraventricular Extensa (HIVE), complicación grave que afecta la sobrevida, pronóstico neurológico, capacidad intelectual y calidad de vida. La incidencia y severidad guarda directa relación con el grado de inmadurez y menor peso de nacimiento. En Chile, el 13% presenta HIVE, siendo el Ultrasonido cerebral (UC) su una buena herramienta para el diagnóstico y extensión. Producen o se asocian a variadas complicaciones neurológicas que ensombrecen el pronóstico cognitivo y desempeño educacional en estos niños. **Objetivo:** Reconocer las complicaciones neurosensoriales más frecuentes PE con HIVE, caracterizar el desarrollo cognitivo de los PE con HIVE en edad escolar y describir la escolaridad alcanzada según nivel intelectual. **Materiales:** Estudio descriptivo incluye a todos los PE de 24-31 semanas nacidos en el Hospital Barros Luco entre 2001 y 2014 que hubiesen presentado HIV grado 3 o 4, uni o bilateral diagnosticado por UC. Se excluyeron los pacientes fallecidos o que abandonaron antes de la edad escolar. El área cognitiva se evalúa y categoriza según funcionalidad en 3 niveles: 1=capacidad intelectual normal a discapacidad intelectual (DI) leve, 2=DI moderada y 3=DI severa a profunda. Se consignó el tipo de escolaridad alcanzada: escuela normal, escuela normal con programa de integración escolar (PIE), escuela especial o sin escolaridad. **Resultados:** En el periodo nacieron 1784 PE, de los 1312 sobrevivientes (73,5%), 86 presentaron HIVE. En el seguimiento fallecieron 6 niños antes de la edad escolar, 6 pacientes abandonaron controles, y se evaluaron a 74 de 80 posibles (92,5%). La epilepsia fue la complicación neurosensorial más frecuente afectando a 27 de 74 niños (36,5%); 26 niños (35,1%) requirieron instalación de válvulas derivativas ventriculares por hidrocefalia complicada; hubo 8 casos (10,8%) de leucomalacia periventricular multiquística; 6 niños (8,1%) presentaron hipoacusia que requirieron audifono; 3 PE (4,1%) presentaron minusvalía visual y solo hubo 1 caso (1,4%) de ataxia cerebelosa. Las alteraciones del neurodesarrollo solo se consignaron en los niños del nivel cognitivo normal a DI leve (47), donde 15 presentaron déficit atencional, 14 trastornos de aprendizaje, 7 trastorno mixto del lenguaje y 2 con TEA. En el área cognitiva, 47 niños se categorizaron en el nivel 1 (63,5%), 13 niños en nivel 2 (17,6%) y 14 en el nivel 3 (18,9%). La escolaridad de los 47 niños del nivel 1 fue que 27 asistieron a escuelas normales, 15 a escuelas con PIE, 5 a escuela especial y ninguno sin educación; los 13 niños categorizados en nivel 2, asistieron 12 a escuela especial y solo 1 sin escolaridad; en cambio de los 14 niños en nivel 3 asistieron a escuela especial solo 3 y el resto sin escolaridad. **Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que la HIVE en PE afecta la sobrevida, se asocia a otras complicaciones neurosensoriales, incide en un menor nivel cognitivo y de escolaridad a largo plazo. Es destacable que el 63,5% de los niños presente nivel cognitivo normal a DI leve, y que el 56,8% asista a escuelas normales con o sin PIE; se puede mejorar aún más en atención médica, rehabilitación y apoyo escolar.

2



## HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EXTENSA EN PREMATUROS EXTREMOS: MOVILIDAD Y ESTADO COGNITIVO EN EDAD ESCOLAR.

Salas J, Salas R, Gaete R, Suárez N, Burgos R

Servicio de Neonatología. Hospital Barros Luco.

**Introducción:** La Hemorragia Intraventricular Extensa (HIVE) es una grave complicación en el prematuro extremo (PE) inducida por la inmadurez y patologías concomitantes que provoca aumento en la mortalidad y secuelas neurológicas. La incidencia, severidad y tipo de complicaciones tienen directa relación con el grado de inmadurez, menor peso de nacimiento, magnitud y localización del sangrado. El impacto en la esfera neurológica se observa principalmente en las áreas cognitiva y de motricidad. **Objetivo:** Caracterizar el desarrollo de los PE con antecedentes de HIVE en edad escolar, en el área motora gruesa según nivel de movilidad y en el área cognitiva según nivel intelectual, y observar el nivel de movilidad alcanzado según el nivel cognitivo. **Materiales:** Estudio descriptivo, incluye a los PE nacidos de 24 a 31 semanas entre el 2001 y 2014 que hubiesen presentado HIV grado 3 o 4, uni o bilateral diagnosticado por ecografía cerebral. Se realizó un seguimiento neuro-pediátrico hasta los 6 a 10 años. Se categorizaron la movilidad y capacidad intelectual en 3 niveles: 1=adecuado, 2=regular y 3=malo. Movilidad a través de la marcha: nivel 1=marcha independiente, nivel 2=marcha independiente con ayuda de dispositivos manuales y nivel 3=sin marcha independiente. Área cognitiva según capacidad intelectual: nivel 1=normal a Discapacidad Intelectual (DI) leve, nivel 2=DI moderada y nivel 3=DI severa a profunda. **Resultados:** En el periodo nacieron 1780 PE y sobrevivieron 1312 niños (73,7%) de los cuales 86 (6,6%) presentaron HIVE. En el seguimiento fallecieron 6 y abandonaron 6 niños antes de la edad escolar, evaluándose a 74 de 80 posibles (92,5%). En el área motora, presentaron marcha independiente (nivel 1) el 73,0% de los PE, marcha con dispositivos de ayuda (nivel 2) el 2,7% y con movilidad muy limitada o en silla de ruedas (nivel 3) el 24,3%. La rehabilitación neuromotora fue adecuada a las necesidades del paciente en el 59,4% de los casos, insuficiente en el 23,0% y ausente en el 17,6%. En el área cognitiva, un 63,5% de los PE se categorizaron en nivel 1, el 17,6% nivel 2 y un 18,9% en nivel 3. De los 47 niños en nivel normal a DI leve, 42 fueron a escuelas normales con o sin programa de integración escolar; en cambio, de los 14 niños en nivel de DI severa a profunda solo 3 asistieron a escuela especial. Se observó que 45 de los 47 PE del nivel 1 cognitivo también presentan un nivel 1 en movilidad a la edad escolar. Así también, los 14 niños con nivel 3 cognitivo sólo pueden ser transportados en silla de ruedas (nivel 3 de movilidad). De los 13 niños que tenían nivel 2 cognitivo, 9 lograron marcha independiente y los 4 restantes solamente transportados. **Conclusiones:** Los niños presentaron alta incidencia de secuelas, pero es destacable que el 73% obtuvo marcha independiente, el 63,5% una adecuada funcionalidad cognitiva y el 60,8% logró nivel 1 de funcionalidad en ambas áreas. El apoyo médico, de rehabilitación y psicopedagógico permiten mejorar la funcionalidad cognitiva y movilidad de PE a largo plazo.

## TIMO PROMINENTE EN RECIÉN NACIDOS Y SU CONFIRMACIÓN CLÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Salas J, Salas R

Hospital Barros Luco.

**Introducción:** El timo es un órgano linfático de forma bilobulada que se localiza entre el corazón y esternón, de desarrollo temprano en el periodo embrionario, desde el nacimiento a la pubertad duplica su peso para comenzar una involución a tejido fibroadiposo. Su función principal consiste en la proliferación y maduración de linfocitos T, así como la diferenciación en células T citotóxicas, auxiliares y reguladoras, encargadas de la inmunidad celular. La morfología más común es como una "V", existen variantes anatómicas normales o localización ectópica, y sumado a los cambios por el crecimiento, dan como resultado diferentes apariencias que conllevan a malas interpretaciones radiológicas y errores diagnósticos originando una escalada de exámenes y estudios complejos e innecesarios. En recién nacidos y lactantes es común confundir en las Rx las estructuras tímicas con neumonías, atelectasias hasta tumores mediastínicos, que en ocasiones requieren de ecografía o tomografía. **Objetivo:** Optimizar nuestra capacidad de diagnóstico radiológico y familiarizarnos con las imágenes tímicas y sus variantes. **Caso Clínico:** Prematuro extremo de 27 semanas, por preeclampsia y crisis hipertensiva, nace por cesárea de urgencia sin maduración pulmonar, deprimido con Apgar 4-8, se intuba e ingresa a unidad de cuidado intensivo neonatal. Evoluciona con enfermedad de membrana hialina recibiendo surfactante, se extuba a cpap nasal y a los 8 días a naricera. Presenta infección asociada a la atención en salud, siendo tratado con antibióticos por 7 días. Evoluciona con hipertensión pulmonar leve, un ductus amplio sin repercusión hemodinámica que cierra de forma espontánea, y hemorragia subependimaria izquierda. Durante la hospitalización presenta reiteradas regurgitaciones asociadas a eventos de atoro y desaturación que requieren apoyo con ventilación a presión positiva y oxígeno. En el estudio seriado con radiografías de tórax aparece una imagen radiopaca que cubre el lóbulo superior derecho, que es catalogada como atelectesia crónica. Se maneja con terapia anti RGE y kinesioterapia respiratoria, al cabo de un mes no hubo respuesta clínica por imágenes, pero sí mejoró en lo respiratorio suspendiéndose el oxígeno a los 64 días de vida. Se planteó solicitar fibrobroncoscopia y TAC pulmonar, pero antes realizar una ecografía tímica cuyo informe arroja timo bien situado con estructura conservada, pero con lóbulos muy prominentes y mayor a derecha. **Conclusiones:** Todo pediatra debería familiarizarse con la gran variabilidad de forma y tamaño del timo visualizado en la Rx de tórax; puede ser difícil distinguir el timo de la silueta cardíaca, atelectasias o neumonías en un lactante pequeño, ayuda la proyección lateral donde se observa como opacidad retroesternal con bordes definidos. Ante dudas diagnósticas se debe incorporar la ultrasonografía torácica por ser un no invasiva, accesible, rápida, bajo costo y eficaz para el diagnóstico diferencial de timo normal prominente. Evitando, como en este caso, procedimientos o exámenes complejos.

### UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA DE HOSPITALIZACIONES RESPIRATORIAS EN PREMATUROS EXTREMOS: PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA POST-ALTA DE NEONATOLOGÍA PRIMEROS 6 MESES.

*Pittaluga E, D'apremont I, Zamorano A, Vásquez I, Aguirre F, Díaz M, Campos C, Domínguez A*

*Hospital Sotero Del Rio.*

**Introducción:** Los niños prematuros egresados de las unidades de neonatología presentan mayor riesgo de re-hospitalización, siendo la principal causa respiratoria y el período de mayor vulnerabilidad los primeros 6 meses post alta, lo que implica altos costos sanitarios, incremento de secuelas y estrés parental. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la implementación de un Programa de Atención Domiciliaria en prematuros extremos como una estrategia preventiva de re-hospitalizaciones (RH) de causa respiratoria en el primer semestre post alta de neonatología. **Materiales:** Estudio observacional analítico de una cohorte de 387 menores 32 semanas o menor de 1500 g (prematuro extremo [PE]) ingresados al policlínico de seguimiento del Hospital Dr. Sótero del Río entre años 2015-2019. Se comparó las re-hospitalizaciones de causa respiratoria en los primeros 6 meses post alta del grupo histórico 2015-2017 (G1) sin el programa de apoyo domiciliario (PAD) con el grupo intervenido 2018-2019 (G2). El PAD consiste en visita por médico, enfermera y kinesióloga al domicilio, donde se realiza educación, toma de exámenes e inmunización para VRS durante los primeros 6 meses post alta en conjunto con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD). Se entrega atención telefónica diaria para orientar las consultas de los padres. Se cuenta con registro digital sincronizado con la ficha clínica del hospital. El financiamiento de las prestaciones de UHD es a través de pago de prestaciones valoradas (PPV) de Fonasa. **Resultados:** Hubo 260 PE sin PAD (G1) y 127 con PAD (G2). 31,2% y 26,8% fue re-hospitalizado respectivamente por cualquier causa en los primeros 6 meses ( $p=0,376$ ). El G1 tuvo más rehospitalizaciones de causa respiratoria (22,7% vs 13,4%;  $p=0,03$ ), mayor requerimiento de cuidados críticos (UCI) (57,6% vs 29,6 %;  $p=0,040$ ) y de ventilación mecánica (54,4% vs 17,6%;  $p=0,008$  en el período de estudio. No hubo diferencia en los días de estadía en UCI (7 vs 4;  $p=0,662$ ) En ambos grupos las rehospitalizaciones se concentraron antes de los 3 meses post alta de Neonatología. **Conclusiones:** La implementación del Programa de Apoyo Domiciliario en prematuros extremos, ha permitido disminuir la prevalencia y la severidad de las hospitalizaciones por causa respiratoria en los primeros 6 meses post alta. La educación a la familia y la atención integral son factores relevantes en el éxito del programa. Consideramos que la adaptación programática de los profesionales del Seguimiento del Prematuro en colaboración con el Equipo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria es un modelo que puede replicarse en la red asistencial del país.

### FUNISITIS AGUDA, RESPUESTA INFLAMATORIA DE ETIOLOGÍA DIVERSA, REPORTE DE UN CASO.

*Burckhardt V, Larraín M, Labbé C, Quevedo J, Bañados A, Villalón H*

*Facultad de Medicina Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La funisitis aguda (FA) es la inflamación del cordón umbilical lo que puede traducir una respuesta inflamatoria fetal. Es un diagnóstico histopatológico caracterizado principalmente por infiltración difusa de neutrófilos en la gelatina de Wharton. Su principal etiología es la infección intraamniótica con bacteriemia fetal. Sin embargo, un 20 a 30% de estos recién nacidos (RN) cursan con cultivos de líquido amniótico negativos, planteándose otras posibles causas como trombosis o isquemia umbilical, infecciones virales o alteraciones inmunológicas. La FA puede afectar tanto a RN de pretérmino como de término, siendo estos últimos quienes presentan una menor morbilidad neonatal. En prematuros, se asocia a otros riesgos como infección neonatal precoz, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, leucomalacia periventricular y alteraciones del desarrollo psicomotor. Este caso pretende alertar sobre esta situación de riesgo, en un contexto no infeccioso, lo que es muy infrecuente. **Objetivo:** Presentar el caso de un RN de término adecuado para la edad gestacional con diagnóstico de funisitis aguda, en un contexto no infeccioso. **Caso Clínico:** RNT masculino, nace por parto vaginal asistido con fórceps; durante la extracción se produce un desgarro umbilical completo. En examen, APGAR 9-9, cefalohematoma parietal derecho, temperatura axilar 37.2 °C, rectal 38.4°C y ombligo extremadamente friable. Se toma muestra de cordón para estudio histopatológico. Hemograma y PCR 24-48 horas postparto no sugieren de infección y cultivos negativos. Biopsia informa cordón umbilical con proceso inflamatorio agudo leucocitario moderado, con compromiso de pared vascular y gelatina de Wharton, concordante con el diagnóstico de funisitis aguda. El paciente evoluciona de manera favorable, logrando lactancia materna exclusiva exitosa y alta a domicilio. En control ambulatorio a las 5 semanas, se evidencia un paciente sano, con excelente incremento ponderal y desarrollo. **Conclusiones:** La funisitis aguda traduce una respuesta inflamatoria fetal que debe correlacionarse siempre con los antecedentes clínicos y la evolución de cada paciente. Como primera causa se debe descartar la infección y ante ausencia de ésta, buscar otras causas como las anteriormente mencionadas.

## REPORTE DE UN CASO: ÉPULIS GINGIVAL CONGÉNITO.

*Quevedo J, Gigli C, Labbé C, Larrain M, Villalón H*

*Universidad de los Andes.*

**Introducción:** El épulis gingival congénito (ECG) es un tumor benigno poco frecuente de la región alveolar, habiéndose reportado menos de 250 casos hasta la fecha. El diagnóstico puede realizarse de manera antenatal por ecografía posterior a la semana 25 de gestación, aunque la mayoría de las veces se sospecha al examinar al recién nacido y se confirma finalmente por su histología. La importancia de su pesquisa radica en la planificación del manejo temprano evitando complicaciones como fracaso en la lactancia materna exclusiva y obstrucción de la vía aérea con distrés respiratorio. El tratamiento recomendado es quirúrgico para lesiones de gran tamaño que intervengan con la funcionalidad del neonato y expectante para las de menor tamaño asintomáticas con el diagnóstico confirmado, las que tenderán a desaparecer al año de vida. No se ha descrito tendencia a recurrir ni malignización. **Objetivo:** Exponer un caso clínico sobre una patología tumoral benigna del recién nacido poco frecuente e insospechada por los médicos, pero la que es relevante conocer por sus posibles complicaciones y por sus considerables diagnósticos diferenciales. **Caso Clínico:** RN de término de 40 semanas de edad gestacional, sexo masculino, nacido por parto vaginal, adecuado para la edad gestacional, APGAR 9/10. Presenta adecuada adaptación postnatal con lactancia materna dificultosa. Al examen físico se constata un aumento de volumen en el reborde alveolar superior izquierdo, firme al tacto y asintomático a la palpación. Se diagnostica épulis gingival y se procede con manejo expectante con control en 2 meses. **Conclusiones:** El épulis gingival congénito es una patología poco conocida por los médicos, de la cual no existen guías clínicas que orienten en su diagnóstico y manejo, pero la que, sin embargo, es fundamental reconocer para un diagnóstico oportuno y para la planificación del manejo evitando complicaciones, idealmente de manera antenatal. El diagnóstico se puede apoyar con ultrasonido y resonancia magnética, con confirmación a través de la biopsia, donde se verán células largas poligonales con núcleos excéntricos y citoplasma granular eosinofílico, descartando diagnósticos diferenciales potencialmente malignos como linfomas, hemangiomas o tumores neuroectodérmicos. El manejo es quirúrgico en la mayoría de los casos, pero en lesiones pequeñas que no repercutan en la morbilidad del RN se puede esperar a la regresión espontánea.

## BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE PALIVIZUMAB EN DOMICILIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

*Ortiz C, Vásquez I, Zamorano A, D'Apemont I, Pittaluga E, Díaz M, Campos C*

*Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

**Introducción:** La infección por el virus respiratorio sincicial (VRS) es una causa importante de morbilidad, hospitalizaciones y secuelas respiratorias en la población pediátrica, en especial en grupos de riesgo como prematuros y pacientes con Displasia broncopulmonar. La administración de Palivizumab (PVZ) ha demostrado ser efectiva para reducir el número de hospitalizaciones e ingreso a Unidades críticas en estos grupos. Actualmente esta prestación está garantizada por la Ley Ricarte Soto (LRS) en los prematuros extremos < de 32 semanas de edad gestacional al nacer. Habitualmente esta administración se realiza en los Centros de Salud con los inconvenientes del traslado del paciente y el contacto con otros usuarios con distintas morbilidades en las salas de espera. **Objetivo:** Demostrar la oportuna administración de PVZ tanto en domicilio a través del Programa de Apoyo Domiciliario (PAD) como en Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT) y describir la población beneficiaria de la LRS para administración de PVZ. **Materiales:** Análisis observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes beneficiarios de PVZ ingresados al policlínico de seguimiento de prematuros perteneciente al Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CADSR) del área Sur Oriente de Santiago, Chile. Se recabaron los datos de los periodos 2019, 2020 y 2021. Análisis estadístico con SPSS 20.0 y se consideró significativo todo valor menor a  $p < 0.0001$ . **Resultados:** Se incluyeron 88, 80 y 104 pacientes, respectivamente, sin diferencias en la edad gestacional, el peso al nacer, la distribución por sexo o la prevalencia de displasia broncopulmonar. La adherencia al tratamiento fue superior al 94% en todos los periodos destacando que el año 2020, en que la administración fue es su totalidad en domicilio (excepto primera dosis en Unidad de neonatología), esta adherencia aumentó al 98.7%. La mediana del intervalo interdosis fue adecuado en todos los periodos y para todas las dosis, con tendencia significativa a optimizarse a 29 días para la administración en domicilio. La incidencia de infecciones por VRS fue de 5,7% (n=5) para 2019 y de 0,9% (n=1) para 2021, sin casos en 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Conclusiones:** La administración de PVZ fue adecuada y oportuna tanto en CDT como en domicilio, mostrando en este último incluso una mejor adherencia e intervalo de administración. Se observa una baja incidencia de infección y hospitalización por VRS comparado con datos nacionales e internacionales en pacientes de este grupo de riesgo sin administración de PVZ.

## RETARDO ENTRE LA INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL.

Romero MP, Escobar A, Durán J, Sandoval A

Hospital Carlos Van Buren.

**Introducción:** La sepsis neonatal constituye una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, pese a lo cual aún se carece de estudios que evidencien si se cumple con el manejo agresivo adecuado, como el inicio de la antibioticoterapia dentro de la primera hora del diagnóstico. La tardanza en el inicio de un tratamiento adecuado podría explicar parte de las graves consecuencias en cuanto a la morbimortalidad del paciente. **Objetivo:** Describir el intervalo de tiempo entre la prescripción de antibióticos por el médico a cargo luego de la sospecha de sepsis neonatal, y el momento en que estos fueron administrados, de acuerdo a los registros clínicos. **Materiales:** Estudio descriptivo realizado entre octubre de 2020 y junio de 2022 en la unidad de neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que incluyó a todos los pacientes con sospecha de sepsis neonatal (precoz y tardía) que iniciaron tratamiento antibiótico. La sospecha de sepsis se definió como todo cuadro clínico que motivó la recolección de hemocultivos y/o LCR, y la posterior administración de antibióticos. El tiempo hasta la administración del fármaco se calculó a partir de la hora registrada en la ficha clínica donde se indica el tratamiento antibiótico, hasta la primera administración del mismo. Se utilizó el programa Microsoft Excel para los cálculos estadísticos. **Resultados:** Se recolectaron los datos de 131 pacientes. De éstos, el 95 (72,5%) fueron de género masculino, 89 (68%) fueron prematuros, y la mediana de peso de nacimiento y edad gestacional fue de 1966 g ( $\pm 932,3$ ) y 32,5 semanas ( $\pm 4,8$ ), respectivamente. Hubo 14 casos (10,6%) de sepsis confirmadas, 3 de ellos sepsis precoces y 11 de ellos sepsis tardías. Todos los casos correspondieron a bacteriemias, y hubo una meningitis en contexto de sepsis tardía. Considerando todos los antibióticos utilizados, el promedio de tiempo entre la indicación y la administración fue 115 minutos ( $\pm 90,3$ ), con un mínimo y máximo de 0 a 480 minutos. En los casos con diagnóstico de sepsis confirmada el promedio de tiempo entre la indicación y la administración fue de 88 minutos ( $\pm 58,2$ ), con mínimo y máximo de 10 a 240 minutos. **Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que existió un retraso significativo de hasta casi 8 horas entre la indicación y el inicio de los antibióticos, ante la sospecha de sepsis neonatal. Este hallazgo se mantuvo en el subgrupo de pacientes con diagnóstico confirmado. Esta revisión evidenció una serie de falencias, pero al mismo tiempo nos puso en alerta para iniciar una estrategia integral de mejora de la calidad de la atención. Iniciativas como esta delatan la importancia de conocer la realidad local, de la educación constante y del trabajo multidisciplinario para mejorar las prácticas de atención. Continuaremos con la recolección de datos para incluir outcomes clínicos y así objetivar las consecuencias que puede llevar consigo el retardo del inicio de antibióticos.

## PARACETAMOL VERSUS IBUPROFENO EN EL MANEJO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVO EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO.

Bancalari A, Díaz V, Contreras H, Henríquez I, Pérez G, Giaconi J, Marinovic A

Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

**Introducción:** El cierre farmacológico del Ductus Arterioso Persistente hemodinámicamente significativo (DAP-hs) es actualmente motivo de debate. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del paracetamol versus ibuprofeno en el tratamiento del DAP-hs en recién nacidos prematuros. **Materiales:** Estudio prospectivo randomizado, en RN pretérmino  $\leq 32$  semanas EG y/o  $\leq 1500$  gramos (g) con diagnóstico ecocardiográfico de DAP-hs. Los RN se aleatorizaron en grupo paracetamol y grupo ibuprofeno. La evaluación del cierre del DAP se realizó por ecocardiografía. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.23. **Resultados:** Se enrolaron 120 RN prematuros, 60 fueron aleatorizados al grupo Paracetamol y 60 al grupo Ibuprofeno. El peso y edad gestacional promedio  $\pm$  DS para el grupo paracetamol fue de  $1.145 \pm 339$ g con  $28,3 \pm 2,5$  semanas y para el grupo ibuprofeno  $1.096 \pm 251$ g con  $27,6 \pm 2,1$  semanas. La tasa de cierre ductal en el grupo paracetamol con el primer curso de tratamiento fue de 66,7% (40/60) y 63,3% (38/60) en el grupo ibuprofeno ( $p = 0,70$ ), aumentando a un 88,3% y 86,7% respectivamente con el segundo curso de tratamiento ( $p = 0,78$ ). El cierre quirúrgico se efectuó en el 10% del grupo paracetamol (6/60) y 11,7% (7/60) en el grupo ibuprofeno ( $p = 0,77$ ). No se pesquisaron diferencias significativas en los exámenes de laboratorio pre y post tratamiento entre ambos grupos. **Conclusiones:** El tratamiento del DAP-hs con paracetamol es seguro y es tan efectivo como el ibuprofeno, sin diferencias en los efectos adversos.



**INDICE DE MASCULINIDAD EN MUJERES MAPUCHES. FACTORES ASOCIADOS A SU DISMINUCIÓN.***Moreno R, Durán MP, Beniscelli E, Céspedes P**Hospital El Pino y Hospital Regional Rancagua.*

**Introducción:** El Índice de Masculinidad (IM) es de 105, según OMS. Este aumenta en la población en relación a episodios bélicos o en casos de síndrome Down y de Kernicterus. En el Hospital de Peumo, región de O'Higgins se obtuvieron diferencias étnicas del IM entre haitianas (Hai) 170, en chilenas mapuches (Map) 86 y no mapuches (NoM) 103 (González et al 2021). En el Hospital El Pino (HEIPino) se obtuvo en Hai 119, en Map 100 y NoM 102 (Moreno y Céspedes 2022). Ambos estudios dan bajos IM en mujeres mapuches. **Objetivo:** Esta presentación caracteriza mejor a las madres mapuches y posibles factores asociados al IM. **Materiales:** De los registros de nacimientos en Maternidad Hospital El Pino 2019 a junio 2021, se obtiene el IM por paridad primípara (PP) o múltipara (MP) y total (T), para embarazadas con algún apellido mapuche. Se describe la edad promedio y rango, en relación a paridad y al IM, en su variación por mes, año y en relación a pandemia Covid-19, período SIN enero 2019 a marzo 2020 y CON abril 2020 a junio 2021, 15 meses cada período y grupos sanguíneo ABO y RhD (-). Se describen en porcentajes (%) o promedio y desviación estándar (DE). Se consideran las diferencias significativas con  $p < 0,05$  (DES). Este estudio está autorizado por el Comité Ético Científico SS Metropolitano Sur. **Resultados:** Se obtuvo información de 6419 RN, 396 (6,17%) de madres mapuches. Un caso sexo ambiguo fue excluido. PP son el 30,4%. La edad varía entre 14 y 43 años, promedio T 28 años, en PP 23 años y MP de 30 años. El IM período SIN = 104,1 y DE mensual 69,8 y CON = 98,0 y DE mensual 32,1. Nacen en SIN 200 RN y en CON 196 RN. IM en 2019 = 110,3, 2020 = 103,5 y 2021 = 81,8. Paridad SIN y CON fue en PP 71,0 y 71,4 y en MP 115,8 y 105,0. Grupos sanguíneos O y RhD (-) en PP es 62,4% y 2,97% y en MP es 67,5% y 3,25%, respectivamente. Frecuencia grupo O SIN y CON fue en PP 64,1% y 60,4% y en MP 68,3% y 66,7%. El grupo O en los progenitores masculinos en PP y MP, SIN y CON da frecuencias sobre 68,4% hasta 100%, mayores que las madres. **Conclusiones:** La disminución del IM en mapuches, es consistente en PP. En este estudio, no hubo variación significativa de RN en relación a Covid-19, lo que hace más significativa la disminución IM, DE y en MP en el período CON pandemia. Lo cual, sugiere un efecto mediado inmunológicamente. Las altas frecuencias de grupo O en los padres, nos hace suponer que también serían mapuches y no habría un problema de incompatibilidad asociada al sexo. Las PP tienen IM alrededor de 71 y las MP superiores al 105, SIN y CON Covid-19, de modo que los IM más altos se asocian directamente a la frecuencia del grupo O en madres mapuches MP. La correlación entre grupo O e IM entre grupos étnicos, haitianos, chilenos y mapuches, da una correlación inversa con  $r$  de Pearson = -0,92, y de -0,86 si se estima con datos de picunches de Peumo. Se sabe que el IM favorece a los varones, por un proceso en contra del sexo femenino desde la fecundación, luego, la causas que afectan el IM en mapuches es un paradigma a resolver.

**RAYNAUD DEL PEZÓN: POCO CONOCIDA CAUSA DE FRACASO DE LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.***Larraín M, Borchert R, Quevedo J, Gómez-Barris S, Villalón H**Universidad de los Andes, Santiago de Chile.*

**Introducción:** Raynaud del pezón se define como el vasoespasmo cutáneo del pezón debido a la vasoconstricción arteriolar. El diagnóstico es clínico; se realiza con la historia de dolor agudo, intenso y punzante en el pezón, con signos de palidez y cianosis en la zona, durante el amamantamiento o con la exposición al frío. Se caracteriza por ser asintomático y por presentar pezones sin alteraciones entre episodios. Cabe destacar la importancia del diagnóstico diferencial de otras causas de dolor mamario como infecciones por *Candida albicans* y grietas en el pezón. El tratamiento consiste en medidas físicas como realizar la lactancia en un lugar cálido, aplicar calor local antes y después de amamantar y evitar sustancias vasoconstrictoras. También se recomienda el tratamiento farmacológico con Nifedipino, 30 mg una vez al día por 2 semanas, ya que su uso es seguro durante la lactancia. **Objetivo:** Analizar esta condición poco conocida, de fácil resolución, pero con importantes repercusiones en la lactancia y por tanto en el neonato. **Caso Clínico:** Lactante de 5 meses, eutrófico (8900 gr, 66,5 cms., circunferencia craneal (CC) 44,2 cms.), actualmente con lactancia materna exclusiva (LME). Presenta antecedente de mielomeningocele operado in útero a las 24 semanas de edad gestacional. Ante esta patología la madre decide un apego fuerte y una lactancia prolongada, proceso que se ve dificultado al evaluar a madre y diagnosticarle Raynaud del pezón. Se indica continuar con LME, aporte de vitamina D y hierro, interconsulta a Ortopedia y KNT en Teletón. **Conclusiones:** Raynaud del pezón es una condición poco conocida en la práctica clínica que suele diagnosticarse y tratarse erróneamente como mastitis candidiásica. Es necesario que el personal de la salud domine y considere esta patología, realizando un examen exhaustivo y dirigido frente a toda puerpera con dolor intenso en los pezones. El correcto diagnóstico y tratamiento oportuno permitirá que las madres continúen amamantando con éxito por mayor tiempo, fomentando el binomio madre-hijo. La importancia de este caso es dar a conocer patologías poco frecuentes y de difícil diagnóstico.

## INFECCIÓN DE SARS-CoV-2 EN PLACENTAS Y NUEVOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS IDENTIFICADOS.

*Guerra MC, Lozano C, Escobar A, Sandoval A, Haro C, Bachmann M, González P, Gajardo P, Ahumada E*

*Unidad Neonatología Hospital Carlos Van Buren.*

**Introducción:** La infección vertical por SARS-CoV-2 parece ser excepcional a pesar de la gran cantidad de casos de COVID-19 en embarazadas. Para determinar si existe una infección placentaria se requiere la demostración viral dentro del tejido placentario. Pocos casos de posible transmisión vertical han demostrado infección placentaria con positividad del virus en dicho tejido, y la mayoría de los estudios no han mostrado expresión placentaria de la proteína ACE2 o TMPRSS2, ambas necesarias para la infección viral. **Objetivo:** Comparar patrones inmunohistoquímicos entre placentas no infectadas con SARS CoV-2, elegidas de años previos a la pandemia y placentas de madres infectadas por SARS CoV-2. **Materiales:** Se estudiaron muestras de placenta de gestantes PCR SARS CoV-2 positivas, entre abril-octubre 2021. Se recolectaron datos maternos, gestación, severidad clínica de la enfermedad COVID materna, y datos de recién nacidos (RN). En las placentas se describieron hallazgos histopatológicos, micro y macroscópicos, y para la detección del virus SARS-CoV-2, se usaron técnicas de marcación inmunohistoquímica con anticuerpo primario SARS-CoV-2, clon BSB-134, Bio SB, BSB-3701-3 con lo cual se determinaron 6 patrones de tinción y 4 grupos de severidad de presentación clínica materna. **Resultados:** Edad materna 29,3 años promedio, 89,3% chilenas, 21,4% primigestas, ninguna vacunada contra SARS-CoV-2. El 53,6% de las detecciones de SARS-CoV-2 (15 casos) se concentró entre las semanas gestacionales 18 y 21 y el 42,9% (12 casos) debió hospitalizarse por una neumonía de las cuales en un 25% (3 casos) esto provocó la interrupción del embarazo. El intervalo entre la pesquisa de COVID materno y el parto fue de 42 días en promedio. De la temporalidad/severidad mayor cantidad se presentó más de 3 días previo al parto, mayoría con síntomas leves. De las del grupo de mayor gravedad, 4 fueron del grupo que cursó COVID 3 días previos al parto y 9 cursó COVID en el periparto. No hubo mortalidad materna. De las 28 gestaciones, hubo un óbito fetal y 28 RN, dos de los cuáles eran gemelos. 60,7% nació por cesárea, 9 (32,1%) género femenino, edad gestacional promedio 36,2 semanas. 12 RN prematuros (63,2%), de los cuales 1 fue PT extremo (27 semanas), peso nacimiento promedio 2830 gramos (rango 740-4600). El 92,6% de los RN tuvo Apgar  $\geq 8$  a los 5 minutos, hubo un óbito fetal de 26 semanas y el prematuro extremo falleció a los pocos minutos de vida. 11 RN fueron hospitalizados (5 prematuridad, 4 condición materna, 2 ictericia) y ninguno desarrolló neumonía ni se confirmó una sepsis precoz. 2 de los 5 RN hospitalizados por prematuridad desarrollaron una sepsis tardía (1 shock séptico por *S. aureus*) y ambos fallecieron. Todos los RN a quienes se realizó una PCR para SARS-CoV-2 tuvieron resultado negativo. En la histología, las placentas COVID-19 presentaron un patrón particular y transversal, diferenciado de placentas no COVID-19, con aumento significativo de los depósitos de fibrina a nivel subcoriónico y en menor medida a nivel decidua. También hubo mayor frecuencia de degeneración mucinosa de la gelatina de Wharton, que es un evento morfológico excepcional. El 65,5% (19/29) placentas fueron positivas en la inmunohistoquímica. El 31,5% (6/19) de éstos tuvieron patrón focal, mayoría con intensidad leve (5 de 6 casos). En cuanto al patrón de tinción, 12 fueron de tipo C, 5 fueron patrones mixtos (2 "B y D", 2 "C y D" y 1 "B, C y D"), 1 caso presentó el tipo celular A, el tipo B y el prematuro extremo fallecido presentó un patrón celular tipo "E". La placenta correspondiente al óbito fetal manifestó el patrón celular "A". **Conclusiones:** El presente estudio es uno de los pocos que describen la histología placentaria en casos confirmados de COVID-19 materno. La severidad de la enfermedad materna fue variable, esperable dado que sólo una madre recibió la primera dosis de vacuna, lo que explica que más de 1/4 de los casos tuvo enfermedad severa. El óbito fetal y la muerte neonatal precoz, tuvieron presencia de dos patrones inmunohistoquímicos específicos, además de que más de la mitad tuvieron inmunohistoquímica positiva para SARS CoV-2 en placenta. Destaca que los patrones histológicos descritos, son inéditos por lo cual aportan con nuevo conocimiento a la comunidad científica. Pese a estos resultados no se puede inferir que hubo transmisión vertical. Es de sumo interés extender esta investigación con el fin de poder asociar patrones histopatológicos con la evolución clínica prospectiva, de las madres y de sus RN, con lo cual se pueda mejorar la comprensión del compromiso placentario y las consecuencias clínicas en el binomio.



**INFECCIÓN DE SARS-CoV-2 EN PLACENTAS Y NUEVOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS IDENTIFICADOS**

*Guerra MC, Lozano C, Escobar A, Sandoval A, Haro C, Bachmann M, González P, Gajardo P, Ahumada E*

*Hospital Carlos Van Buren.*

**Introducción:** La infección vertical por SARS-CoV-2 parece ser excepcional a pesar de la gran cantidad de casos de COVID-19 en embarazadas. La infección placentaria involucra la identificación viral dentro del tejido placentario. Pocos casos de transmisión vertical han demostrado infección placentaria. **Objetivo:** Comparar patrones inmunohistoquímicos entre placentas no infectadas con SARS CoV-2, elegidas de años previos a la pandemia y placentas de madres infectadas por SARS CoV-2. **Materiales:** Se estudiaron muestras de placenta de gestantes PCR SARS CoV-2 positivas, entre abril-octubre 2021. Se recolectaron datos maternos, gestación, severidad clínica enfermedad COVID materna, y datos del recién nacido (RN). En las placentas se describió histopatología, y para detección del virus SARS-CoV-2, se usaron técnicas de marcación inmunohistoquímica con anticuerpo primario SARS-CoV-2, se determinaron 6 patrones de tinción y 4 grupos de severidad de clínica materna. **Resultados:** Edad materna promedio 29,3 años, 89,3% chilenas, 21,4% primigestas, ninguna vacunada contra SARS-CoV-2, el 42,9% (12 casos) debió hospitalizarse por una neumonía, de las cuales en 25% (3 casos) esto provocó la interrupción del embarazo Intervalo entre pesquisa de COVID materno y parto fue 42 días promedio. En temporalidad/severidad la mayor cantidad se presentó más de 3 días previo al parto, mayoría con síntomas leves. Del grupo de mayor gravedad, 4 fueron del grupo que cursó COVID 3 días previos al parto y 9 cursó COVID en el periparto. No hubo mortalidad materna. De las 28 gestaciones, hubo un óbito fetal y 28 RN, dos de los cuáles eran gemelos. 60,7% nació por cesárea, 9 (32,1%) género femenino, edad gestacional promedio 36,2 semanas. 12 prematuros (63,2%), de los cuales 1 fue PT extremo, peso nacimiento promedio 2830 gramos (740-4600). El prematuro extremo falleció a los pocos minutos de vida. 11 RN se hospitalizaron (5 prematurez, 4 condición materna, 2 ictericia), 2 de los 5 RN hospitalizados por prematurez desarrollaron sepsis tardía (1 shock séptico por *S. aureus*) y ambos fallecieron. Todos los RN a quienes se realizó PCR para SARS-CoV-2 tuvieron resultado negativo. Las placentas COVID-19 presentaron patrón particular y transversal, diferenciado de placentas no COVID-19, con aumento significativo de los depósitos de fibrina subcoriónico y en menor medida decidual. Hubo mayor frecuencia de degeneración mucinosa de la gelatina de Wharton, que es un evento morfológico excepcional. El 65,5% (19/29) placentas fueron positivas en inmunohistoquímica. En cuanto al patrón de tinción, mayoría fue tipo C, el prematuro extremo fallecido presentó patrón celular tipo "E" y el del óbito fetal tipo "A". **Conclusiones:** El estudio es uno de los pocos que describe histología placentaria en casos COVID 19 materno. La severidad de la enfermedad materna fue variable, esperable ya que sólo una recibió vacunación incompleta, más de 1/4 tuvo enfermedad severa. El óbito fetal y la muerte neonatal precoz, tuvieron presencia de patrón.

1

### PREMATUROS EXTREMOS Y RIESGO DE TRASTORNOS EN LA ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE AFERENCIAS AUDIOVISUALES EN EL LARGO PLAZO.

*Cádiz C, Bustos R, Valdés C, Ureta S, Villalón H, Jaque Y, Becker C*

*Clínica Las Condes / Universidad Finis Terrae.*

**Introducción:** Los prematuros extremos tienen un riesgo aumentado de morbilidad y secuelas. Dentro del espectro de secuelas que presentan se encuentran los desórdenes neuro sensoriales, que incluyen las alteraciones visuales y auditivas, pero también puede haber deficiencias en el procesamiento e integración de estas aferencias. Existe un alto riesgo de presentar desórdenes de lectoescritura y discalculia en estos niños durante la edad escolar y es relevante identificar factores asociados al desarrollo de estos trastornos. **Objetivo:** Analizar la frecuencia de alteraciones en la organización perceptual visual y auditiva en prematuros extremos. **Materiales:** Se realizó un estudio descriptivo en 33 niños aparentemente sanos con antecedente de prematuridad extrema con edad gestacional media de 26 (24-29) semanas. La edad promedio al momento de la evaluación fue de 74.3 +/- 15.4 meses, y fue realizada mediante aplicación de la Batería Psicopedagógica Evalúa 1 y Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales - A. **Resultados:** El 42.4% (14/33) de los escolares presentaron percepción auditiva baja, mientras que 53.6% (19/33) mostraron organización perceptual deficiente. Por otro lado, 93.9% (n=31) presentaron un nivel de vocabulario normal para su edad y nivel educativo, y en un 60,4%, se evidenció razonamiento verbal. Por último, un 42.4% presentó una percepción visual deficiente. **Conclusiones:** Se evidencia una alta prevalencia de baja percepción auditiva y visual y de organización perceptual deficiente en los niños con antecedente de prematuridad extrema. Estos trastornos no se explican por la falta de tratamiento de trastornos de la agudeza visual y auditiva, sino más probable la presencia de trastornos en el procesamiento e integración de dichas aferencias. Se requieren más estudios para caracterizar estos desórdenes, y así establecer estrategias adecuadas para su enfrentamiento.

### CARACTERIZACIÓN DE HABILIDADES PARENTALES Y FUNCIONES NEUROCOGNITIVAS EN MENORES DE 3 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. (TEA).

*Contreras J, Bustos P, Lorca A*

*Edumédica, Viña del Mar - Universidad Andrés Bello - Universidad de Almería.*

**Introducción:** Durante el desarrollo típico se observa en la primera infancia un funcionamiento de la atención que oscila entre la división y sostenimiento. En funciones ejecutivas (FE) se observa el inicio del desarrollo de la flexibilidad cognitiva y control inhibitorio. Sin embargo, existe poca evidencia de cómo estas funciones neurocognitivas se encuentran presentes en menores con factores de riesgo de TEA. Del mismo modo, lo importante que resulta ser la relación con sus padres, no ha presentado un alto interés investigativo, lo cuál es contradictorio tomando en cuenta que sus padres resultan ser figuras trascendentales en el desarrollo y contacto socioemocional. **Objetivo:** Identificar las habilidades parentales y la trayectoria de las funciones neurocognitivas de monotropismo, flexibilidad cognitiva y control inhibitorio en menores de 3 años con factores de riesgo de TEA. **Materiales:** Estudio de diseño longitudinal, en menores de la región de Valparaíso con factores de riesgo de TEA establecidos por pauta de Modelo Denver, entre 1-3 años (n=100). El análisis se realizó a través de una encuesta categorial y la Escala de Parentalidad Positiva (E2P) a los padres. Se utilizó t de Student para análisis estadístico. **Resultados:** Todos los menores presentan un funcionamiento atípico sistemático en atención monotrópica (p=.014), inflexibilidad cognitiva (p=.042), hipersensibilidad táctil (p=.0337) y disfunción inhibitoria (p=.028). En habilidades parentales se observan diferencias significativas para la escala vincular (p=0.00007) y protector (p=0.001936) a favor de la madre, pero no diferencias significativas para la escala formativa (p=0.034). **Conclusiones:** Identificar las habilidades parentales, funcionamiento monotrópico, inflexibilidad cognitiva, dificultad de inhibición e hipersensibilidad táctil, en población de riesgo de TEA, representan elementos centrales al momento de diseñar estrategias de intervención temprana, pautas de seguimiento y el establecimiento de diagnóstico diferencial.

2

### REPORTE DE FACTORES DE RIESGOS CONDUCTUALES ENTREGADOS POR LAS FAMILIAS AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

*Contreras J, Bustos P, Lorca A*

*Edumédica, Viña del Mar - Universidad Andrés Bello - Universidad de Almería.*

**Introducción:** La evaluación diagnóstica de una persona con TEA es un proceso interdisciplinario y en diferentes etapas, donde un elemento fundamental es la reconstitución de las trayectorias del desarrollo reportadas por las familias. La toma de datos requiere de preguntas que sean comprendidas por la familia y que las respuestas reflejen la visibilización de las características de las personas con TEA. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo conductuales reportados por las familias al momento de ser evaluados por TEA. **Materiales:** Estudio de diseño longitudinal de 266 personas (3-17 años) al momento de ser diagnósticas de TEA en una evaluación interdisciplinaria en la ciudad de Viña del Mar. El análisis se realizó por medio de una encuesta categorial realizada a los padres. Se utilizó t de Student para los análisis estadísticos. **Resultados:** Se observan diferencias significativas ( $p < 0.005$ ) entre la muestra y el desarrollo esperado, para factores de riesgo conductual en falta de comprensión del lenguaje verbal, solicitud de ayuda, responder a instrucciones simples, consistencia en la mirada, reconocimiento del peligro y sonrisa social. Sin diferencia significativa en contacto visual e interés en juegos sociales. En Menores de 6 años sin diferencia significativa en expresión de afecto a familiares, conducta instrumental y en Mayores de 6 años en adhesión a rutinas. **Conclusiones:** Los factores de riesgo conductuales son difíciles de identificar para la familia y algunos de ellos son valorados positivamente. Se requiere profundizar con las familias en la calidad de las trayectorias de desarrollo y en la adquisición de la conducta. Estos resultados contribuyen a mejorar procesos de evaluación integrales en TEA y ser fuente de futuras investigaciones favorecedoras del diagnóstico temprano.

### MIASTENIA GRAVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Cortés J, Montero C, Rojas E, Urbina P*

*Universidad Católica del Norte, Hospital San Juan de Dios, La Serena.*

**Introducción:** La Miastenia Gravis es un trastorno neuromuscular autoinmune que se produce por la destrucción de los receptores de acetilcolina de la unión neuromuscular y se caracteriza por debilidad y fatigabilidad de los músculos esqueléticos. Tiene una incidencia global de 10-20/100.000 personas al año, de las cuales solo un 15% son pacientes pediátricos, por lo que es rara su aparición en la primera década de vida. Los síntomas se caracterizan por ser fluctuantes y se inducen o empeoran con el ejercicio. Más del 50% de los pacientes presentan síntomas oculares como ptosis y/o diplopía y alrededor de 15% pueden presentar síntomas bulbares. Se presenta este caso debido a lo poco frecuente de esta patología en la práctica clínica pediátrica y la importancia del reconocimiento y tratamiento oportuno de la patología. **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es presentar el caso clínico de una paciente femenina de 2 años que inició cuadro de estrabismo divergente y ptosis bilateral de predominio izquierdo, hospitalizándose por sospecha de miastenia gravis juvenil en debut. Se realizará la presentación de caso clínico y una revisión de la literatura relacionada. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 2 años y 7 meses con antecedente de embarazo producto de fertilización asistida, sin complicaciones, y trastorno de espectro autista. Consultó por cuadro de 2 semanas de evolución que se inicia con ptosis palpebral bilateral de predominio izquierdo que se acentúa progresivamente durante el día. Posteriormente se asocia estrabismo divergente unilateral izquierdo. Examen físico y neurológico sin hallazgos más que ptosis palpebral, ingresa con sospecha diagnóstica de miastenia gravis juvenil en debut dado compromiso de musculatura orbitaria de predominio vespertino. Se realiza prueba terapéutica con hielo no tolerado, no se observaron cambios. Se solicita complementar estudio con tomografía de tórax sin contraste para que descartó presencia de timoma, exámenes de laboratorio en rango normal, se solicitan anticuerpos anti receptor de acetilcolina y anti Musk, resultando los primeros positivos. Se inició piridostigmina de forma escalonada con escasa respuesta clínica por lo que se inicia de corticoterapia en aumento gradual, logrando leve mejoría de la paciente, egresando de nuestro hospital y quedando en controles por especialista de forma ambulatoria. **Conclusiones:** Dentro de lo encontrado en la literatura podemos observar que las manifestaciones oculares exclusivas ocurren en un 5% de los pacientes y constituyen el grado I según la clasificación clínica de Osserman, la cual tiene un buen pronóstico a largo plazo. Sin embargo, en este caso en particular pudimos observar una respuesta mínima al tratamiento de primera línea, teniendo que escalar a pocos días del ingreso a terapia inmunosupresora, en casos así la literatura informa un 80% de los casos evoluciona de forma favorable con respuesta máxima tras 6-12 meses de uso. Finalmente recalcar la importancia de la sospecha y derivación oportuna.

## CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE NIÑOS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO DURANTE LA PANDEMIA Y ASOCIACIONES CON DÉFICIT DE VITAMINA D, INSULINORRESISTENCIA (IR) Y ESTEATOSIS HEPÁTICA (EH).

*Herrera ME, Muñoz M, Clavero MJ, Suquilanda A, Ramírez C, Carreras J, Alvear P*

*Servicio de Pediatría y Nutrición del Hospital Clínico Universidad de Chile.*

**Introducción:** La malnutrición por exceso (ME) constituye uno de los problemas más importantes de salud pública en niños, dado el riesgo cardiometabólico (RCM) que representa, siendo la esteatosis hepática (EH) una de las complicaciones más importantes y que se ha asociado fuertemente a IR. **Objetivo:** El objetivo fue caracterizar a un grupo de niños (4-15 años) con ME, que se controlan en HCUCH durante 2 años calendario (2020-2022), evaluar en ellos RI y describir factores asociados con EH

**Materiales:** Estudio observacional, transversal -y analítico, luego de obtener la aprobación por parte del comité de ética y luego de la firma de consentimiento/asentimiento, se reclutó a niños derivados consecutivamente por ME, al policlínico de obesidad. Se llenó encuesta acerca de datos sociodemográficos, tipo de alimentación, hábitos etc. Se realizó examen físico, estimándose grado de Tanner, presión arterial, se registró peso y talla en balanza combinada SECA 700, y se midió perímetro de cintura (PC) de cuello (PCu). Se solicitó: perfil lipídico, hepático, glicemia, insulinemia y vitamina D (vitD). Se determinó IR a través de índice HOMA e índice SPISE. Todos los pacientes se practicaron ecografía abdominal para estimar presencia de EH y se estimó fibrosis a través de elastografía. Los datos fueron ingresados al programa stata 14, realizándose asociación entre variables mediante t test y  $\chi^2$ . Se calculó riesgo de esteatosis hepática a través de regresión logística, se consideró significativo  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se reclutó 100 niños, 9.8 años promedio, 64% hombres, 78.5% con obesidad la cual fue severa en 36.5%. 14% de los pacientes con antecedentes de haber sido RNTGEG, 60% recibió lactancia materna los primeros 6 meses de vida. Sólo 15% realizaba actividad física regularmente, mientras que el 60% no cenaba rutinariamente, horas de sueño y pantalla de 9 y 7 hrs. respectivamente- 89% de la muestra presentó hipovitaminosis D (67% déficit) y 25% elevación de transaminasas. Se vio diagnosticó IR en 74% de estos niños ocupando HOMA y en 60% ocupando SPISE, 23% presentaba Síndrome Metabólico. 60% de los niños presentó EH siendo factores con mayor asociación para éste: HOMA ( $p < 0.00001$ ), índice SPISE ( $p < 0.02$ ), PC (0.04) y déficit de vitD (0.017). El índice de rigidez hepática promedio fue de 4.43 KPa. Los factores que mayor asociación tuvieron con IR fueron el perímetro de cintura ( $p < 0.0018$ ), concentración de vitD (0.037) y perímetro de cuello ( $p < 0.04$ ). El riesgo de esteatosis hepática en aquellos niños con déficit de vitD, ajustada por grados de Tanner fue de 0,007 (0.007 95% IC 1.83-47.2). **Conclusiones:** Esta muestra de niños con ME presentó alto % de factores de RCM, el déficit de vitD se asoció a riesgo de presentar EH. Futuros estudios que permitan validar marcadores de RI y cuantificar el grado de fibrosis hepática son necesarios en nuestro país.

**LESIONES DERMATOLÓGICAS POST COVID-19, A PROPÓSITO DE UN CASO.***Weibel A, Marinovic I, López C, Villalón H**Universidad de los Andes.*

**Introducción:** Desde la identificación del SARS-CoV-2, se han reportado diversas manifestaciones dermatológicas asociadas a su infección, dentro de las cuales se encuentran la Pitiriasis Rosada (PR) y erupción de tipo PR. Durante la pandemia del COVID-19 el diagnóstico de PR se ha vuelto más común. La PR es un trastorno papuloescamoso agudo y autolimitado, y suele persistir durante 4 a 8 semanas. La prevalencia está entre el 8% y el 12% por debajo de los 10 años y el 4% por debajo de los 4 años. En la PR clásica, se desarrolla una “placa heraldo” en tronco o en las extremidades proximales, lesiones secundarias aparecen en pocos días. La PR atípica ocurre en el 20% de los casos. Puede haber distribución atípica de la erupción secundaria, con lesiones exclusivamente en los miembros y cabeza, lesiones en axila, ingles y limitadas a una región del tronco, con frecuencia alrededor de la placa madre. En los niños puede verse afectada la cara. **Objetivo:** Presentar un Caso Clínico de PR Atípica en un paciente pediátrico con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 y generar evidencia que respalde la asociación entre manifestaciones dermatológicas y la infección por COVID-19. **Caso Clínico:** Paciente 12 meses de edad, antecedente de prematuridad de 35 semanas y restricción del crecimiento intrauterino. Realiza viaje dentro de Chile (día 0). Día 3 presenta síntomas respiratorios altos y fiebre tratada con paracetamol que no remite. El día 6 los padres presentan PCR (+) para SARS-CoV-2, y el paciente al día 7 resulta positivo en test de antígenos para el mismo virus. El día 13 aparecen 3 máculas eritematosas aisladas de 1-2 cm en piernas y brazos. El día 20 se consignan 4 máculas nuevas en la zona facial. El día 22 consulta al servicio de dermatología debido a la aparición de 4 nuevas máculas en zona facial, tras lo cual se hace el diagnóstico de PR Atípica post infecciosa en relación a COVID-19. El día 28 tenía 20 máculas en total. Las lesiones más eritematosas fueron tratadas con corticoides tópicos y las con mayor resolución con crema hidratante. El cuadro según dermatología tiene un pronóstico de resolución a las 8 semanas aproximadamente. **Conclusiones:** La PR es una enfermedad cutánea autolimitada que consiste en la aparición de pápulas eritematosas y descamativas cuya etiología no ha sido determinada con exactitud. Este caso clínico aporta evidencia a la teoría de que la aparición de PR puede ser secundaria a una infección viral, en este caso específicamente por el virus SARS-CoV-2. Globalmente se están documentando una serie de nuevos signos y síntomas secundarios a la infección por SARS-CoV-2 fuera del ámbito respiratorio, y en el caso de la PR, su incidencia ha aumentado 5 veces después del inicio de la pandemia. Esto nos obliga a conocer e identificar diversas esferas en las que se pueda manifestar esta infección viral, siendo una de ellas la dermatológica.

**MORDIDA ABIERTA ANTERIOR Y USO DE CHUPETE A LOS 2 AÑOS.***Cádiz C, Bustos R, Becker C, Valdés C, Villalón H, Silva C**Clínica Las Condes / Universidad Finis Terrae.*

**Introducción:** El uso de chupete es una práctica frecuente en Chile, se ocupa principalmente para calmar a los niños cuando están irritables. Este tiene importantes secuelas anatómicas, como síndrome de maloclusión dental. En nuestro país no existe consenso por parte de los pediatras respecto a su retiro. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del uso de chupete a los 2 años de edad, y su relación con la mordida abierta anterior. **Materiales:** Estudio de casos y controles. La muestra incluyó 77 niños, con una mediana de edad de 24 meses (23-27), quienes fueron evaluados en una clínica ambulatoria a los 2 años. Este estudio se realizó durante 15 meses. Se determinó la aparición de mordida abierta anterior y el uso de chupete. A partir de estos se efectuó un análisis estadístico mediante el software Epiinfo 3. **Resultados:** En 58.4% (45/77) se observó mordida abierta anterior, y 62.3% (48/77) se registró uso de chupete. 93.7 % (45/48) de los niños expuestos a uso de chupete presentaron mordida abierta anterior y, 3.4% (1/29) de aquellos no expuestos ( $p < 0.0001$ ). **Conclusiones:** Existe un alto riesgo de desarrollar mordida abierta anterior en niños expuestos al uso de chupete a los 24 meses de edad. Se requieren más estudios para determinar el impacto de su uso y de otras eventuales complicaciones. Se recomienda discontinuar el uso de chupetes luego del primer año de edad.

**CREACIÓN DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.**

*Catalán S, Henríquez F, Gálvez M, Rivas M, Prieto R, Alvear G, Sandoval E, Sáez M, Godoy B*

*Universidad de La Frontera.*

**Introducción:** La Organización Mundial de la salud y la UNICEF recomiendan la lactancia materna LM exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de vida y más, dado que tiene un alto impacto en su supervivencia, mayor que cualquier otra intervención preventiva. En el año 2018, académicas las carreras de nutrición, enfermería, obstetricia y puericultura, fonoaudiología y kinesiología de la Universidad de La Frontera crearon el Comité de lactancia materna - CLAM. **Objetivo:** Fomentar y proteger la lactancia materna a través del trabajo interdisciplinario de diversas carreras de la facultad de medicina de la Universidad de La Frontera. **Materiales:** Durante este tiempo se ha generado distintas estrategias para el fomento y promoción de la LM para la comunidad universitaria: Afiches entregados por correo electrónico masivo universitario, la creación del comité estudiantil de LM; comunidad en general: Estand educativo con motivo de la celebración de la semana mundial de LM, programa y cápsulas radiales, uso de redes sociales; y para los profesionales de la salud: se realizaron capacitación, jornadas, formación de monitores entre otros. **Resultados:** Derivado del trabajo interdisciplinario se ha logrado: • Reconocimiento institucional a través de la resolución 086/006 y horas resguardadas para dicho trabajo. • La motivación visualizada por los estudiantes llevó a la creación del comité estudiantil CLAM- UFRITO • La comunidad nos ha solicitado capacitación en LM • La participación en la mesa de LM de la SEREMI de salud Regional Araucanía Sur. **Conclusiones:** El trabajo colaborativo ha permitido al CLAM – UFRO revelar la importancia del fomento y protección de la lactancia materna, el enfoque interdisciplinario ha permitido masificar el conocimiento en LM Los desafíos futuros son: la implementación de una asignatura electiva de LM para todas las carreras de la universidad y no solo enfocado al área de la salud, generar una clínica de lactancia para la comunidad y trabajo en conjunto con la sala de amamantamiento de la universidad.



**REPORTE DE UN CASO: EPISODIO PSICÓTICO BREVE EN ADOLESCENTE USUARIA DE METILFENIDATO POR TDAH.**

*Quevedo J, Larrain M, Labbé C, Fernández MI, Barros T, Villalón H*

*Universidad de los Andes, Santiago de Chile.*

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene una prevalencia del 10% en Chile vs 5,9% a nivel mundial. La importancia del manejo precoz radica en los problemas del desarrollo, aprendizaje y alta comorbilidad psiquiátrica. El componente farmacológico del tratamiento se basa en psicoestimulantes, de preferencia metilfenidato (MPH). Se han reportado episodios de psicosis en relación al uso del fármaco, secundario al aumento de dopamina en el espacio sináptico, patología que podría tener una repercusión neuropsiquiátrica. Existen pocos y confusos casos reportados, en los que puede quedar poco claro si la conducta observada es propia del cuadro de base o consecuencia del fármaco en estudio. Aún no se logra identificar qué pacientes son más susceptibles de experimentar este efecto neurotóxico. Este trabajo alerta sobre efectos poco habituales del MPH y de difícil reconocimiento en cuanto a la relación de efecto adverso, pero con posibles consecuencias significativas en el largo plazo. **Objetivo:** El objetivo es mostrar un efecto adverso psiquiátrico infrecuente del metilfenidato, con posible asociación a vulnerabilidad psiquiátrica a futuro. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 14 años, usuaria de metilfenidato hace tres meses por TDAH, sin otros antecedentes. Consulta a Urgencias por cuadro de 2 días de ideas delirantes y alucinaciones visuales. Luego de descartar otras posibles causas, se diagnosticó episodio psicótico breve secundario a psicoestimulantes. Se decidió hospitalización para observación y manejo, sin recidiva tras suspensión del fármaco hasta la fecha. **Conclusiones:** Chile tiene una alta prevalencia de TDAH, por lo tanto, es muy frecuente la prescripción de MPH. Aún no hay suficiente evidencia que compruebe la relación directa entre MPH y psicosis, aunque se ha visto relación entre este efecto adverso en pacientes con episodios psicóticos previos, antecedentes familiares psiquiátricos y mayor disponibilidad de dopamina en espacio sináptico. Ante una posible vulnerabilidad psiquiátrica a largo plazo surge la importancia de reportar estos casos, aumentar la información clínica al respecto e identificar factores de riesgo de vulnerabilidad psiquiátrica en un próximo paso.

<b>A</b>			<b>H</b>			<b>Q</b>		
Acuña J	12		Herrera ME	50		Queupán L	17	
Alday N	19					Quevedo J	43	53
Astorga MJ	30		<b>L</b>					
<b>B</b>			Labbé C	40		<b>R</b>		
Bancalari A	44		Larraín M	45		Riffo P	38	
Burckhardt V	42		<b>M</b>			Romero MP	44	
<b>C</b>			Marinovic I	22		<b>S</b>		
Cádiz C	48	51	Martínez E	13		Salas J	41	40
Caro P	26		Martínez J	31		Sandoval A	30	
Carrillo A	11	18	Medina A	20		Satta F	21	
Catalán S	52		Molinos M	39		Saul T	36	32
Contreras C	32		Montes C	25		Schaufele P	34	
Contreras J	48	49	Mora C	33		<b>T</b>		
Cortés J	49		Moreno R	24	45	Tobar J	29	
Cortez M	11		<b>N</b>			Toro R	28	
<b>D</b>			Noda JA	16		Torres J	18	
Darritchon S	19		<b>O</b>			<b>U</b>		
De la Carrera V	37		Ortiz C	43		Urra M	31	
<b>E</b>			Ortiz G	20	21	<b>V</b>		
Ediap C	35		<b>P</b>			Valdés C	16	15
<b>G</b>			Pardo A	27		Valenzuela T	34	
Gálvez J	28		Pascual M	13		Venegas S	14	23
González D	22		Passalacqua S	29		<b>W</b>		
González L	26		Peralta C	36		Weibel A	51	
Guerra MC	47	46	Pino M	38		<b>Z</b>		
			Pittaluga E	42		Zúñiga P	25	





1922