

### COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

#### COMUNICACIONES PREMIADAS

##### 1<sup>ER</sup> PREMIO

#### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CARCINOMA DE TIROIDES EN LA ADOLESCENCIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

Ortega Navaridas, M.; Jerónimo Dos Santos, T.; Girón Del Río, R.; Muñoz Calvo, MT.; Argente Oliver, J.

*Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*

**Introducción:** El cáncer de tiroides es una patología poco frecuente en la infancia y adolescencia, representando del 1.5 al 3% de todas las neoplasias. **Objetivo:** Estudiar las características clínicas, tratamiento, efectividad del mismo y pronóstico del cáncer de tiroides en niños y adolescentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 17 casos de cáncer de tiroides, diagnosticados durante los últimos 20 años, en un hospital pediátrico terciario. Se analizaron las variables clínicas e histológicas, extensión de la enfermedad al diagnóstico, así como tratamiento y tipo de respuesta al mismo. **Resultados:** De los 17 casos estudiados, el 58.8% eran varones y el 41.1% eran mujeres, existiendo un predominio femenino en el grupo de pacientes puberales (55%) y masculino en el grupo de pacientes prepuberales (83%). La edad media fue de  $12.4 \pm 3.7$  años. En el 52.9% de los casos la forma de presentación fue asintomática, detectándose como hallazgo ecográfico casual, siendo la ecografía tiroidea y la PAAF las técnicas diagnósticas iniciales de elección. El 41.1% de los casos tenían antecedente de neoplasia previa, siendo el linfoma la más frecuente, y el 29.4% tenían antecedente de exposición a radiación en el contexto del tratamiento oncológico. La media del diámetro tumoral fue de  $22 \pm 16$  mm. El 23.5% presentaban metástasis linfáticas al diagnóstico y ninguno de los casos presentaba metástasis a distancia. De los casos analizados, 12 fueron carcinoma papilar (70.6%), 2 carcinoma folicular (11.7%) y 3 carcinoma medular (17.6%). El 100% de los casos fueron sometidos a tiroidectomía total y recibieron, posteriormente, a excepción de los carcinomas medulares, dosis ablativa con I131. El 46.1% recurrieron tras el tratamiento inicial, presentando una respuesta bioquímica incompleta el 18.2% y estructural incompleta el 36.3% (según la clasificación del tipo de respuesta de la ATA). La supervivencia fue del 100% durante el seguimiento hasta los 18 años de edad. **Conclusiones:** El cáncer de tiroides es poco frecuente en la edad pediátrica, presentándose en la mayoría de los casos en la adolescencia, siendo el tipo histológico más frecuente el papilar. El cáncer de tiroides infantil tiene un buen pronóstico, siendo la cirugía el tratamiento más efectivo.

##### 2<sup>º</sup> PREMIO

#### BIENVENIDOS A LA AUTORIDAD PACTADA ENTRE LOS ADOLESCENTES Y SUS PADRES

Liquete Arauzo, L.; Pérez Ruiz, E.; Rodríguez Molinero, L.; Marugán de Miguelsanz, JM.; Tríguez García, M.

*Centro de Salud "Eras del Bosque" Palencia. H. Recoletas Campo Grande. Valladolid H. Clínico Valladolid*

**Introducción:** La autoridad parental se constituye para que un adulto ayude a su hijo a desarrollarse como persona. **Objetivos:** Conocer cómo los adolescentes perciben la autoridad parental y la permisividad en el cumplimiento de las normas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra de 3.343 adolescentes (13-18 años) de Castilla y León. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste

bilateral del 1,7%. Encuesta telemática. Gestión automatizada y externa de los datos con SPSS v.15 y Epidat®. Se han utilizado preguntas análogas a las empleadas en estudios sobre adolescentes a nivel nacional e internacional. **Resultados:** Los adolescentes reconocieron, como figura de autoridad para ellos, a su padre, el 42,1%; a su madre, el 19,5% y a ambos el 11,8%. Se considera "figura de autoridad" en su familia hasta el 31,7% de los adolescentes. Esta percepción de autoridad parental entre los adolescentes no cambia cuando conviven con uno u otro de los progenitores. Sin embargo, el 54,7% de los adolescentes que conviven con un solo progenitor afirman que en su casa "se hace lo que ellos dicen" (frente al 27,7% de los que viven con ambos progenitores). La autoridad compartida entre ambos padres disminuye las discusiones de pareja por los hijos (OR=1,8; IC95%: 1,63-2,07), pero no la tendencia a discutir delante de ellos. El sexo del adolescente, además, modifica la frecuencia de insultos entre los padres en una discusión [OR hijo varón/mujer=2,1 (IC 1,8-2,3)]. Tan sólo el 50,7% de los adolescentes afirman que sus padres se preocupan de que se cumplan las normas básicas de la casa (horarios de llegada, comidas...). **Conclusiones:** Los cambios sociales y educativos que han acontecido en las familias no han ido acompañados de un empoderamiento de la figura materna, sino de una pérdida de autoridad de ambos progenitores sobre los hijos. Hay una duda razonable sobre lo que significa una figura de autoridad para nuestros hijos.

#### COMUNICACIONES PRESENTADAS COMO POSTERS

##### MÁS ALLÁ DE UNA HIPOCALCEMIA

Izurieta Pacheco, AC.; Urraca Camps, S.; Launes Montaña, C.; Vallejo Matavera, V.

*H. Sant Joan de Deu. Barcelona*

**Introducción:** La vitamina D se obtiene por la ingesta directa y mediante su síntesis en la piel. Por este último motivo, es sabido que por la gran cobertura de piel, las mujeres musulmanas presentan un riesgo aumentado de hipovitaminosis D. Por otro lado, existen prácticas aceptadas en determinadas culturas, que favorecen la escasa exposición solar. **Caso clínico:** Adolescente de 17 años, originaria de Paquistán y en seguimiento por Infectología por tuberculosis pulmonar diagnosticada en 2015. Refiere hormigueos en las extremidades de dos semanas de evolución y rigidez dolorosa en los miembros superiores en los últimos 3 días. En la exploración física destaca rigidez del miembro superior derecho. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca hipocalcemia grave, por lo que recibe corrección de calcio. Ante tetania por hipocalcemia, se ingresa para estudio. Durante el ingreso se extrae analítica sanguínea que confirma déficit de vitamina D, ácido fólico, vitamina B12, calcio, así como elevación de fosfatasa alcalina y de PTH. Se realiza radiografía de muñecas y tobillos en las que destaca concavidad en radio distal. Ante el diagnóstico de raquitismo carencial, se mantiene tratamiento con calcio y vitamina D orales. Durante el ingreso, la paciente refiere haber estado retenida en su domicilio durante los 8 meses previos a raíz de una discusión con el padre por tener relación con un chico. Se contacta con mediación cultural, sin obtener predisposición real de la familia para colaborar en la situación, y con servicios de protección de infancia, que deciden la retirada de la custodia. **Discusión:** La importancia de este caso clínico va más allá del diagnóstico de la etiología de la tetania. A raíz de un problema médico se detecta una situación de maltrato por aislamiento social. Además, desde el equipo asistencial se plantea la duda ¿se trata de un hecho cultural o un delito sobre la libertad de una adolescente? Si bien este tipo de castigos en algunas culturas pueden estar permitidos, en nuestro medio no es así. Es interesante trabajar con la mediación cultural, aunque no se puede olvidar la obligación de protección de la menor.

### AMENORREA PRIMARIA:

#### A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE DISTINTA ETIOLOGÍA

Gacimartín Valle, P.; Pérez España, A.; González-Lamuño Sanchís, C.;  
Fernández Provencio, V.; Bahillo Curieses, P.

*H. Clínico Universitario Valladolid*

**Introducción:** la amenorrea primaria se define como la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o a los 16 años, si éstos se han desarrollado adecuadamente. Presentamos dos adolescentes con amenorrea primaria. **Caso 1:** paciente de 16,1 años con pubarquia prematura aislada con test de ACTH normal e inicio de telarquia a los 9,5 años. Ausencia de menarquia. Antecedente de retraso puberal en rama materna. I. Exploración física: Talla 169,1 cm (+0,7 DS), IMC 21,5 kg/m<sup>2</sup> (-0,6 DS). Tanner V. Genitales externos normoconfigurados. Olfato normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, función tiroidea y prolactina normales. Estradiol 45,6 pg/ml. Androstendiona 4,79 ng/ml, testosterona 45,8 ng/ml. Test de LHRH: LH basal 7,31 mU/ml, pico 17,5 mU/ml; FSH basal 5,89 mU/ml, pico 7,38 mU/ml. Cariotipo normal. Ecoografía ginecológica normal. Test de progestágenos positivo. **Evolución:** ante sospecha de anovulación / síndrome de ovario poliquístico se prescribieron anticonceptivos orales presentando menstruaciones regulares. **Caso 2:** Paciente de 13 años remitida para estudio de obesidad. Se constata edad ósea de 14,6 años, talla final y ausencia de desarrollo puberal completo (S3, P4, Ab). Ausencia de antecedentes familiares de retraso puberal. Exploración física inicial: Talla 170,3 cm (+2,13 DS), IMC 28,9 kg/m<sup>2</sup> (+1,9 DS). Olfato normal. Acantosis nigricans cervical. Tanner III. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal. T4 libre normal, hipertirotoxinemia leve. Insulina 32 mcU/ml. HbA1c 5,2%. LH basal 0,23 mU/ml, FSH basal 0,83 mU/ml, estradiol 26,47 pg/ml. AMH 0,34 ng/ml, leptina 41,7, SHBG basal 16,5 mmol/l, inhibina B 10 pg/ml. Cariotipo normal. Eco ginecológica: normal, sin línea endometrial visible. Densitometría ósea normal. RM craneal: normal. **Evolución:** ante sospecha de hipogonadismo hipogonadotropo se inició tratamiento con estrógenos transdérmicos en pauta ascendente con introducción posterior de progestágenos, presentando menarquia a los 16,7 años. **Comentarios:** La amenorrea es un síntoma que puede estar producido por alteraciones en el aparato genital, a nivel del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, o como expresión de una enfermedad sistémica, habiéndose relacionado la obesidad y la insulinoresistencia con la aparición de hipogonadismo hipogonadotropo debido, entre otros, una disminución de los pulsos de hormona luteinizante.

#### EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DE TRANSICIÓN A ADULTOS DE ADOLESCENTES DIABÉTICOS TIPO 1 Y CON OTRAS ENDOCRINOPATÍAS

Carmona Ponce JD.; Geniz Díaz I.; Espino Aguilar R.;  
López Rubio E.; Ruiz Navajas M.

*H. Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción y objetivos:** Según la normativa vigente, el paso de las unidades de especialidades pediátricas a unidades de adultos se establece a partir de los 14 años. La adolescencia supone un periodo clave de la vida caracterizado por múltiples cambios, lo cual hace que sea un momento especialmente crítico para realizar esta transición. Este dato cobra especial relevancia cuando hablamos de adolescentes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 1, ya que la adolescencia aumenta el riesgo de aparición y progresión de las complicaciones crónicas. Por ello, en nuestro centro se empezaron a convocar reuniones multidisciplinarias mensuales (endocrino, pediatras, enfermeros, nutricionistas...) para optimizar la transición de

pacientes diabéticos, añadiéndose posteriormente otros pacientes seguidos en nuestra consulta de endocrinología pediátrica. **Material y métodos:** Se presenta la experiencia en nuestro centro de estas reuniones para consensuar los casos de pacientes que realizan transición desde julio 2016 a Enero 2018. **Resultados:** Se realizó la transferencia a adultos de un total de 44 pacientes (52% varones y 48% mujeres). Las patologías más frecuentes fueron DM tipo 1 (29%), hipotiroidismo autoinmune (25%), retraso constitucional de crecimiento y desarrollo (25%). También se realizó transición de pacientes con síndrome metabólico, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de ovario poliquístico, insuficiencia suprarrenal y pubertad retrasada. El 47% de los pacientes recibían seguimiento en otras consultas de especialidad pediátrica (digestivo, cardiología, dismorfología,...) en el momento de la transferencia. El 59% de los pacientes había alcanzado un desarrollo puberal completo. Para pacientes diabéticos la demora de consulta en adultos fue de 71 días desde la última revisión en pediatría. En la última revisión en pediatría la hemoglobina glicosilada media fue 7,4%. Los pacientes pediátricos realizaron su última visita en pediatría a la edad promedio de 14 años y 2 meses (rango 13,9 a 14,3 meses). Sólo 1 paciente (2%) no acudió a su primera revisión en consultas de adultos. **Conclusiones:** La transición de los adolescentes a consultas de adultos debe ser planificada, programada y coordinada, dirigida al adolescente y a su familia. Una adecuada planificación evita pérdidas en el seguimiento y favorece un mejor control de la enfermedad en cuestión.

#### IMPLICACIONES DE LA OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Rodríguez Sánchez, C.<sup>(1)</sup>; González Rodríguez, P.<sup>(2)</sup>;  
Hidalgo Vicario, M.I.<sup>(2)</sup>; Barrios Machaín, U.<sup>(1)</sup>; Ochoa Fernández, B.<sup>(1)</sup>.  
*Hospital Universitario Infantil La Paz<sup>(1)</sup>;*  
*Centro de Salud Barrio del Pilar<sup>(2)</sup>*

**Introducción:** Chica de 15 años con obesidad mórbida y comorbilidades asociadas, que subraya la importancia del pediatra en la coordinación asistencial y del seguimiento durante las etapas del desarrollo. **Caso clínico: Antecedentes:** embarazo normal a término con cesárea por macrosomía, PRN 4.500 g con neurodesarrollo normal. Antecedentes familiares de obesidad. Con 21 meses tiene IMC 26.66 y ante la evolución tórpida, se inicia seguimiento por endocrinología que inicia metformina, dieta, ejercicio y control analítico. Con 7 años se presenta IMC >p95. Es valorada por psiquiatría, que confirma componente ansioso y función ansiolítica de la comida. Durante la adolescencia presenta empeoramiento y desarrollo de comorbilidades. Tiene desarrollo puberal normal pero la obesidad se agrava (IMC 35.71 y peso +4.73 DE) a los 15 años. Comienza con cefalea persistente y edema papilar que motiva valoración por neurología y realización de RMN, no patológica. Afectación femoropatelar intervenida con limitación de movilidad posterior. Hidrosadenitis supurativa controlada por dermatología. Ingresa en nutrición para control intensivo de peso. Actualmente, con control nutricional intensivo mantiene pérdida de peso. Se ha diagnosticado de obesidad mórbida, hiperinsulinismo reactivo, esteatosis hepática leve, hipercortisolismo analítico, cefalea por hipertensión intracraneal idiopática e hidrosadenitis supurativa. **Discusión:** Este es un caso que ejemplifica la importancia que tiene el papel del pediatra en la coordinación de la atención sanitaria en la edad pediátrica, especialmente con la obesidad, una alteración cada vez más frecuente con repercusiones enormes en la salud global de la población. Esta es una patología frecuente que según el estudio ALADINO 2015 de escolares de 6 a 9 años, la obesidad tiene una prevalencia del 18,1%, según los estándares de la OMS. Nuestra paciente, con 15 años ha requerido coordinación por el pediatra de AP de 6 especialistas

(Psiquiatría, Endocrinología, traumatología, dermatología, neurología, psicología), multitud de estudios (analíticas sucesivas, ecografía, RMN, ingreso programado, cirugía) por patologías derivadas de obesidad, con graves repercusiones en la calidad de vida en una etapa clave del desarrollo como es la adolescencia. Con este caso se pretende remarcar la importancia del pediatra de AP en la valoración, control y coordinación de la asistencia de adolescentes con obesidad.

### HIPERHIDROSIS EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Talavera M.; Espinos Martínez A.; Díaz-Cano Carmona E.;  
Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.  
*H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** La hiperhidrosis se caracteriza por un exceso en la producción de sudor. La hiperhidrosis focal primaria se considera actualmente de etiología idiopática y parece ser el resultado de una hiperactividad del sistema nervioso simpático. Ha sido clásicamente considerada un problema de la edad adulta, sin embargo, ésta afecta aproximadamente al 1,6% de los adolescentes y el 0,6% de los niños prepuberales. Las localizaciones afectadas en los adolescentes son palmas, plantas y axilas siendo frecuente que ello afecte psicológica y socialmente a los mismos. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 10 años de edad que acude a consulta por hiperhidrosis palmar con signos de sobreinfección. Refiere que cada vez es más intensa y continua, asociando prurito de forma intermitente. Al ampliar la historia clínica apreciamos que ello afecta cada vez más a su calidad de vida, ya que le dificulta la realización de tareas comunes como manejar elementos para la escritura o sujetar el manillar de la bicicleta. Sus compañeros rechazan darle la mano o tocar elementos que ella ha utilizado debido al exceso de sudor por lo que refiere sentirse acomplejada por este problema. Como antecedentes familiares destaca una prima hermana intervenida por la misma patología a los 18 años y como antecedentes personales una ictiosis presente desde el nacimiento, asintomática desde los 2 años de edad. La sobreinfección se trató con mupirocina y prednicarbató con evidente mejoría en una semana. Respecto a la hiperhidrosis, comenzó tratamiento con clorhidrato de aluminio al 20% y se derivó a dermatología pediátrica para estudio y tratamiento. Por parte de dermatología se han realizado diversas terapias con mejoría transitoria, pero sin obtener resultados eficaces. **Discusión y conclusiones:** La hiperhidrosis en el adolescente frecuentemente conlleva un impacto en la vida de los mismos, lo que puede suponer un estrés emocional y social añadido. El diagnóstico y tratamiento precoz puede mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

### INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR CORTICOIDES INHALADOS. LA ASTENIA COMO SÍNTOMA VS DISTIMIA EN ADOLESCENTE

Espejo Díaz,  
*Centro Hospitalario de Mérida*

**Introducción:** Los corticosteroides inhalados (CI) son fármacos habituales en el tratamiento de las enfermedades pulmonares crónicas. El avance en los dispositivos de inhalación y los nuevos fármacos permiten aumentar la concentración del fármaco en el pulmón. Sin embargo, aumenta también el riesgo de absorción sistémica, y los efectos secundarios comienzan a asemejarse a la corticoterapia oral (CO). **Caso clínico: Antecedentes:** 29 semanas de edad gestacional. Dermatitis atópica. Asma persistente grave. Sensibilizado neuromoalérgenos. **Tratamiento:** Salmeterol/fluticasona 100/500mcg y Montelukast (Escalón 5-6 GEMA) Anamnesis: 12 años. Se mantiene

estable, sin crisis de broncoespasmo ni tos nocturna. No CO en el último año. Buena adherencia al tratamiento crónico. Refiere astenia y baja tolerancia al ejercicio leve-moderado, sin tos. Cuando realiza educación física en el instituto, necesita que le recojan en coche. Refiere bajo ánimo y escasa vida social. Pruebas complementarias: Espirometría forzada normal. Hemograma: eosinofilia 530/c. Bioquímica: normal salvo cortisol basal: 1.46mcg/dl (6.2 -19.4), ferritina: 21.6ng/ml e IgE total: 726kU/L. TC tórax: Normal. Exploración física: Peso: 46kg; Talla 148cm. ACP: Sibilancias aisladas. Resto normal. Diagnósticos: Asma grave, sensibilización neuromoalérgenos, insuficiencia suprarrenal (is) secundaria a CI. **Evolución:** Inicia tratamiento con Omalizumab (uso compasivo) para disminuir dosis de CI y tratamiento sustitutivo con hidraltesona. Buena evolución, camina 10-15 minutos/día y practica deporte dos días a la semana con buena tolerancia. **Discusión:** En nuestro medio, la causa más frecuente de IS pediátrica es secundaria a corticoides exógenos. Si la IS se instaura lentamente la sintomatología puede ser sutil e insidiosa. En nuestro caso, se ralentizó el diagnóstico por confundir la astenia sintomática con la actitud adolescente. El principal riesgo son las crisis suprarrenales agudas ante situaciones de estrés, que puedan comprometer la vida del paciente. No existe consenso sobre el método ideal y/o la necesidad de un seguimiento del funcionamiento suprarrenal en pacientes con corticoterapia crónica. La creciente prevalencia de supresión del eje en pacientes con CI, generalmente con altas dosis pero también con moderadas-bajas, hace que el pediatra deba tenerlo en cuenta tanto en el seguimiento como en el diagnóstico diferencial.

### VARIABILIDAD EN LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PEDIATRÍA, SEGÚN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS

Bermúdez Guerrero JA.<sup>(1)</sup>; Otero Aguilar P.<sup>(1)</sup>; Guisado Rasco C.<sup>(1)</sup>;  
Martín Talavera M.<sup>(2)</sup>; Bermúdez De la Vega JA.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>CS Mercedes Navarro, Sevilla, <sup>(2)</sup>H.Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** La obesidad constituye el principal problema de salud pública de los países desarrollados. Los adolescentes obesos pueden presentar síndrome metabólico, entendido como un conjunto de FRC que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La definición de síndrome metabólico en los adolescentes resulta controvertida y existen diferentes sistemas de puntuación para diagnosticarlo. **Objetivos:** 1. Averiguar la prevalencia de síndrome metabólico (SM), según tres definiciones del mismo, en obesos púberes. 2. Identificar, en una población de obesos púberes de raza caucásica, factores de riesgo cardiovascular (FRC) "clásicos" y "emergentes" (ácido úrico, fibrinógeno y PCR-ultrasensible). 3. Estudiar si existe correlación entre la aparición de FRCV con edad, IMC (DE, %), perímetro abdominal y estadio puberal. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes púberes, con obesidad exógena (IMC>2 SDS, 120%). Estudiamos a 60 pacientes púberes obesos, de 10 a 15 años de edad, con estadio de desarrollo puberal II a V de Tanner, de ambos sexos, durante un periodo de inclusión de 4 meses. **Resultados:** En cuanto a la aparición de factores de riesgo cardiovascular clásicos, el 98.3% presentó un perímetro abdominal de > 2 SDS (media, 4.49 + 1.5 SDS), el 20% hipertensión arterial sistólica, el 11.7% un perfil lipídico alterado, el 13% una glucemia basal alterada y el 15% una intolerancia a la glucosa. Entre los factores de riesgo cardiovascular "emergentes", un 91.6% de pacientes estudiados, una fibrinogenemia de > 300 mg/dl (media, 379.7 + 47.5). La PCR-ultrasensible > 3 mg/l, se detectó en un 36.6% de los obesos púberes. Se constató hiperuricemia en el 2.4% de los casos, aunque en el 36.6%

los valores de uricemia se hallaban en el cuartil superior de la normalidad. Sólo tres niños presentaron valores de homocisteína > 15 µmol/L (5%). La incidencia de SM fue del 10% según los criterios IDF 2007, del 20% según los ATPIII modificados 20% y del 32.8% según los de la OMS adaptada. **Conclusiones:** En una población de adolescentes púberes con obesidad moderada-intensa, de componente abdominal marcado, se detectó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. El SM apareció entre el 10 y el 30% de los casos, según la definición empleada. Sería deseable un consenso internacional para decidir los criterios definitorios de síndrome metabólico durante la pubertad. El grado de obesidad y perímetro abdominal guardaron relación entre sí y con las cifras de tensión arterial sistólica, HbA1c, ácido úrico y fibrinogenemia.

### ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, HIPERTIROIDISMO Y ENFERMEDAD CELIACA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Gacimartín Valle, P.; Pérez España, A.; González-Lamuño Sanchís, C.; Fraile García, L.; Bahillo Curieses, P.  
*H. Clínico Universitario Valladolid*

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 1 a (DM1a) se asocia con frecuencia a otras enfermedades autoinmunes (EA), siendo la enfermedad tiroidea (ETA) la más prevalente. Hasta un 50% de los pacientes con DM1a presentan anticuerpos antitiroideos, progresando a ETA hasta el 50% (con claro predominio de hipotiroidismo primario sobre hipertiroidismo primario). La prevalencia de enfermedad celiaca (EC) es también mayor en sujetos con DM1a. Presentamos dos adolescentes con asociación clínica de DM1, hipertiroidismo autoinmune y EC.

**Caso 1:** Paciente de 15,8 años diagnosticada de DM1a a los 5 años (Ac anti GAD positivos). Tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI), iniciando tratamiento con infusión continua subcutánea de insulina (ISCI) a los 11,7 años, con aceptable control metabólico (dosis insulina 1 UI/kg/día, HbA1c media 7%). EC diagnosticada a los 9 años. Autoinmunidad tiroidea positiva en los últimos años, con diagnóstico reciente de hipertiroidismo ante presencia de temblor distal (TSH 0.01 mcU/ml, T4 libre 1,73 ng/dl, Ac antiTGB 231 U/ml, Ac antireceptor TSH 4,73 UI/l), iniciando tratamiento con metimazol (0,15 mg/kg/día), con buena respuesta. **Caso 2:** Paciente de 14,2 años diagnosticada de DM1a a los 7,3 años (Ac anti GAD y anti IA2 positivos). Diagnóstico concomitante de EC. Tratamiento con MDI, iniciando tratamiento con ISCI a los 13,1 años. Buen control metabólico (dosis insulina 1,1 UI/kg/día, HbA1c media 6,6%). Autoinmunidad tiroidea positiva en últimos controles con diagnóstico de hipertiroidismo a los 12,5 años al constatar temblor y pérdida ponderal (TSH 0,01 mcU/ml, T4 l 3,23 ng/dl, Ac antiTPO 314 U/ml, Ac antiTSHR 14,4 U/L), iniciando tratamiento con metimazol a 0,3 mg/kg/día. **Discusión:** Es fundamental un despistaje sistemático de EA en pacientes con DM1a, incluso en ausencia de signos clínicos característicos. La enfermedad tiroidea no diagnosticada empeora el control metabólico de la DM1 y aumenta el riesgo cardiovascular. El hipotiroidismo primario es la ETA que se asocia con más frecuencia a DM1, siendo importante prestar atención a la presencia de signos de hipertiroidismo, ya que, aún siendo infrecuente, es otra de las asociaciones descritas en estos pacientes.

### ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y DE LA SED

Girón del Río R.<sup>(1)</sup>; Ortega Navaridas M.<sup>(1)</sup>; Márquez Rivera M.<sup>(1)</sup>; Gacimartín Valle P.<sup>(1)</sup>; Argente J.<sup>(1,2,3)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús;

<sup>(2)</sup>Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid;

<sup>(3)</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

**Introducción:** La patología psiquiátrica es muy prevalente en la adolescencia y por tanto es imprescindible realizar una buena anamnesis y exploración física para descartar organicidad. **Caso clínico:** niña de 10 años y 9 meses que presenta astenia, hiporexia, y pérdida ponderal de 11 kg de 7 meses de evolución, asociado a poliuria, polidipsia y nicturia. Sin historia de cefaleas ni alteraciones visuales. Antecedentes personales: TDAH diagnosticado a los 8 años en tratamiento con metilfenidato. A los 11 años y 2 meses comienza con cefaleas y vómitos, atribuidos a origen psicógeno. Asocia alteración del comportamiento con auto y heteroagresividad, iniciándose tratamiento con fluoxetina. Ingresa en Psiquiatría de nuestro hospital a los 11 años y 5 meses. Exploración física: aspecto desnutrido, palidez cutánea. Peso 25,7 Kg (-1,6 DE), talla 140 cm (-1,8 DE), IMC: 13,1 kg/m<sup>2</sup> (-1,9 DE). Estadio puberal Tanner II. Como parte del estudio para descartar organicidad, se realiza una resonancia magnética craneal (RMC) objetivándose una tumoración selar-supraselar (39 x 35 x 25 mm) con hidrocefalia de los ventrículos laterales y edema transependimario. Se interviene para implantación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal, septostomía y biopsia. Anatomía patológica: germinoma puro. Pruebas complementarias: test de restricción hídrica compatible con diabetes insípida central. T4L: 0,55 ng/dl, TSH: 1,85 mcUI/ml (compatible con hipotiroidismo central). Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina y desmopresina sublingual. Por parte de Oncología recibe tratamiento con radioterapia craneal estereotáxica fraccionada (40 Gy) durante los dos meses posteriores a la cirugía. RMC de control: sin restos de la lesión descrita previamente, sin poder descartar restos tumorales. A la edad de 13 años y 3 meses (edad ósea: 13 años) en ausencia de progresión del desarrollo puberal (test de LHRH: hipogonadismo hipogonadotropo), comienza tratamiento con estrógenos transdérmicos (0,1-0,2 µg/Kg) incrementándose la dosis progresivamente hasta obtener un adecuado desarrollo mamario y uterino, asociando posteriormente progestágenos. **Comentarios:** Se debe descartar organicidad en los trastornos que impresionan de patología psiquiátrica, y vigilar la asociación de poliuria, polidipsia y alteraciones del comportamiento. El 68% de los tumores germinales se diagnostican entre los 10 y los 21 años, siendo el síntoma inicial una diabetes insípida, con poliuria y polidipsia como síntomas aislados durante meses. Ante la posible aparición de alteraciones hormonales y metabólicas en el futuro, estos pacientes precisan un seguimiento exhaustivo por parte del endocrinológico pediátrico.

### NÓDULO TIROIDEO Y DISNEA

Márquez Rivera M.; Girón Del Río R.; Ortega Navaridas M.; Corredor Andrés B.; Pozo Román J.

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

**Caso clínico:** Niña de 14 años y 6 meses, sin antecedentes personales de interés, salvo "tics" motores. Acude a Urgencias por palpación de tumoración cervical, ligeramente dolorosa, sin fiebre ni signos inflamatorios, sin disnea ni disfagia. Se realiza ecografía cervical urgente, donde se objetiva un nódulo tiroideo heterogéneo de 43x23x33 mm. El hemograma, los reactantes de fase aguda y la función tiroidea fueron normales, siendo dada de alta con cita en Endocrinología, indicando los signos de alarma que justificarían una nueva visita a Urgencias. Esa misma tarde consulta nuevamente en urgencias por presentar disfagia y disnea. La exploración y las constantes respiratorias fueron normales, pero ante la sospecha de un rápido crecimiento con infiltración y compresión de la vía respiratoria, datos sugerentes de posible malignidad del nódulo tiroideo, se realiza nueva TAC cervical urgente, que muestra: nódulo tiroideo

izquierdo de 25x28x32 mm, sin características sugestivas de malignidad, que desplaza mínimamente la tráquea y comprime parcialmente la vena yugular interna. Tras administración de corticoide i.v. es trasladada a la UCIP para una adecuada vigilancia. Durante su ingreso en UCIP y, posteriormente, en planta de Endocrinología, continúa refiriendo disfagia y sensación de disnea. La ausencia de estridor, tiraje y sialorrea, con auscultación y constantes hemodinámicas y respiratorias normales, así como la aparición de la sintomatología sólo unas horas después de conocer el diagnóstico de nódulo tiroideo, hizo sospechar la posibilidad de una base psiquiátrica. Al rehistoriar a la paciente, reconoció estar “algo nerviosa y preocupada” y presentar antecedentes de personalidad con bajo umbral para la ansiedad. Se realizó nueva ecografía que descartó compresión de la vía aérea, siendo diagnosticada de cuadro de ansiedad secundario al diagnóstico de nódulo tiroideo y con mejoría espontánea de la sintomatología. **Conclusión:** Ante la presencia de síntomas subjetivos, no corroborados por la exploración y pruebas complementarias, se debe tener en cuenta la posibilidad de sintomatología psiquiátrica acompañante que artefacte la forma de presentación de una enfermedad, especialmente en la pubertad, donde el narcisismo y la preocupación por el “yo” son ejes centrales de la personalidad.

#### ADOLESCENTE CON HIPERTENSIÓN.

##### ¿COMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?

Ramos Contreras, A.; Lupiani Castellanos, MP; Balboa Jiménez, AL.  
UGC. Joaquín Pece. San Fernando. UGC Casines. Puerto Real. Cádiz

Vivimos en una sociedad obesógena. La obesidad es ya una epidemia en los países desarrollados, representando un 20-30% de la población pediátrica. Multicausalidad: dieta hipercalórica, sedentarismo, excesos de horas de “pantallas”... Sus consecuencias empiezan a ser devastadoras. **Caso clínico:** Anamnesis: Paciente de 13 años, mujer, acude a revisión por obesidad, con su pediatra. Su núcleo familiar está formado por el padre, con sobrepeso e HTA, madre con sobrepeso e hipotiroidismo y una hermana, sana, más pequeña, que ya empieza a ganar peso. En la exploración observamos cifras de TAS y TAD, por encima del P99 para su edad, sexo y talla, que se corrobora en sucesivas consultas. Es mala estudiante y le encanta comer, ver la TV y no hace ejercicio. Fue derivada a Endocrinología a los 7 años, sin lograr cambiar sus hábitos de vida. **Exploración:** Peso: 107 kg (P99, 5.17 DE) Talla: 157 cm (P33) IMC: 43.41% (P99, 6.17 DE). ACR: normal. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. No rasgos dismórficos. Estrías rojo vinosas en abdomen y muslos. Acantosis en cuello y axilas. Tanner V. No bocio. TA: 140/106. Pruebas complementarias: Analítica: hiperinsulinismo e hiperandrogenismo ovárico. Ecografía abdominal: Esteatosis hepática... Estudio renal, EKG, fondo de ojo y ecocardiograma normales. **Diagnóstico:** Obesidad Exógena Mórbida (IMC: 43.41% P>99 +6.17 DE). HTA. Hiperinsulinismo. Hiperandrogenismo ovárico. **Tratamiento:** Dieta+ ejercicio (gimnasio)+ metformina. **Evolución:** En 3 meses ha perdido 15 kg, controles tensionales normales y mejoría importante en su rendimiento escolar. **Discusión:** La paciente y su familia reaccionaron ante la aparición de la HTA y sus posibles consecuencias. Existe escasa concienciación social de que la obesidad infantil es un serio problema de salud y de la gran repercusión en su calidad de vida a corto/medio plazo. Debemos hacer un recordatorio activo en todas las consultas de Pediatría y Medicina de Familia de la necesidad de hábitos saludables, felicitando los logros y negociando nuevos objetivos. Los padres han de ser referente/modelo de estilo de vida. Nuestra lucha contra la obesidad debe ser incansable, no olvidemos que mata más que el hambre.

#### ADOLESCENTE CON BOCIO MULTINODULAR

Lastra Martínez, LA.; Rubín de la Vega, E.; Monsalve Saiz, M.;  
Pérez Gil, E.; Naranjo González, C.  
CS de Rubayo. Cantabria CS Solares, Cantabria

**Introducción:** El bocio multinodular es un bocio con estructura nodular y normofunción tiroidea que generalmente se diagnostica en el adulto a partir de la tercera o cuarta década de la vida. Es una patología muy poco común durante la infancia y los casos descritos hasta el momento son en su mayoría en adolescentes. **Caso clínico:** Anamnesis: Adolescente mujer de 15 años de edad que presenta desde hace 1 mes abultamiento en cuello que ha aumentado en las últimas 48 horas y varía de tamaño durante el día. Refiere disfonía con pérdida de voz en alguna ocasión, molestias con opresión de vías respiratorias cuando gira la cabeza con sensación de disnea. Madre y abuela materna con enfermedad de Graves-Basedow. Exploración física: Bocio visible a distancia (grado 3 de la OMS) con aumento irregular, de consistencia blanda y nódulo de mayor tamaño ligeramente doloroso a la palpación en istmo y lóbulo izquierdo. Pruebas complementarias: El tiroides se muestra normofuncionante con TSH de 1.19 mIU/ml y T4L 1.01 ng/dl, Ac anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa negativos. En la ecografía de cuello el tiroides está aumentado difusamente de tamaño, observándose múltiples nódulos en su interior. El estudio gammagráfico presenta hallazgos compatibles con bocio multinodular con áreas frías de morfología nodular. **Diagnóstico y evolución:** Con el diagnóstico de bocio multinodular eutiroides y dada su sintomatología compresiva se decide intervenirle mediante tiroidectomía total. El informe anatomopatológico muestra hiperplasia nodular tiroidea con ausencia de signos de malignidad. Actualmente se mantiene con 125 mcg diarios con cifras normales de TSH. **Discusión:** Desde los años 80 son muy pocos los casos de bocio multinodular publicados en edad pediátrica, y la mayor parte de ellos, como el caso que nos ocupa se producen en adolescentes. Nuestra paciente manifestaba frecuente disfonía asociada a disnea en determinadas posiciones de la cabeza por lo que se decidió el tratamiento quirúrgico. En las dos últimas décadas se realiza tiroidectomía total puesto que reduce de forma importante la posibilidad de recurrencia en los siguientes años a la vez que disminuye las complicaciones asociadas a otras técnicas: hipoparatiroidismo y parálisis de nervio recurrente.

#### DOLOR TORÁCICO COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Gómez-Limón Rivera, MC.  
Centro Salud Párroco Julio Morate. Madrid

**Caso clínico:** Anamnesis: niña de 12 años que acude por dolor torácico de 3 días evolución localizado en zona costal inferior derecha, que aumenta en la inspiración. No antecedente traumático. No otros síntomas asociados. **Exploración:** Auscultación cardio-pulmonar con buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos, ni soplos, ni arritmias. Resto normal. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: leve derrame pleural derecho confirmado por ecocardiografía. Se pautan antiinflamatorios, persistiendo la sintomatología, añadida a dolor en la pierna izquierda e inflamación de la misma. Se remite de urgencias al hospital donde completan las pruebas de laboratorio con trombocitopenia, tiempo de protrombina alargado, fibrinógeno de 482 mg/dl, anticuerpos antinucleares (ANA) fuertemente positivos, antiDNA positivo, anti-SSA positivo, X-ANCA positivo y anticuerpo lúpico positivo. Ecodopler de miembros inferiores: trombosis venosa poplítea izquierda. Angiotomografía: tromboembolismo pulmonar bilateral. **Diagnóstico:** lupus eritematoso sistémico + trombosis venosa

poplítea izquierda + tromboembolismo pulmonar. **Conclusión:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad reumática autoinmune de causa desconocida, caracterizada por anticuerpos dirigidos frente a antígenos propios de órganos diana. La historia natural es impredecible, siendo de predominio femenino. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, astenia, artralgias y erupción malar siendo muy raras en la infancia las lesiones discoides. Otras manifestaciones son artritis, serositis, miositis, tendinitis, vasculitis con afectación del corazón, riñón, pulmón y neurológicas. **Diagnóstico:** Combinación de clínica y laboratorios. Existen criterios diagnósticos (11 criterios, 4 o más para diagnóstico). Anticuerpos: ANA, antiDNA bicatenario (marcadores de actividad de enfermedad), antiSSA, antiSSB, antifosfolípidos, antihistonas. **Tratamiento:** Dependerá de la gravedad y del órgano afectado: antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulación, corticoides orales (prednisona, prednisolona), hidroxicloroquina y citostáticos (azatriopina, metotrexate).

### ¿SON FUNCIONALES LAS FAMILIAS DE NUESTROS ADOLESCENTES?

Liquete Arauzo, L.; Pérez Ruiz, E.; Rodríguez Molinero, L.;

Marugán de Miguel Sanz, JM.; Riquelme García, J.

Centro de Salud "Eras del Bosque" Palencia. H. Recoletas Campo Grande. Valladolid H. Clínico Valladolid

**Antecedentes:** La adolescencia es una etapa en que la intelectualización y la búsqueda de la identidad personal modifican las demandas que el joven hace al núcleo familiar, a la vez que abre la puerta a nuevas influencias. En este período, la funcionalidad de la familia es crucial, pudiendo constituir un factor de protección que favorezca una integración social exitosa o, por el contrario, siendo un factor limitador. **Objetivo:** Conocer la funcionalidad familiar medida por el Apgar Familiar en adolescentes entre 13 y 18 años escolarizados en Castilla y León (curso 2014-15). **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal de periodo. Muestreo aleatorio bietápico por conglomerados. Estimando una probabilidad del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y probabilidad de error en contraste bilateral del 1,7%, obtuvimos una muestra de 3.343 adolescentes. Se utilizó un cuestionario estandarizado, telemático y anónimo que incluía el Apgar familiar. **Resultados:** la funcionalidad familiar (Apgar familiar) en la población adolescente castellanoleonés es de  $8,1 \pm 1,99$ . El 82,1% de los hogares son funcionales, el 14,7% moderadamente disfuncionales y el 3,2% son disfuncionales. La funcionalidad familiar se ve disminuida por los problemas económicos, los cambios en la estructura familiar, las extensas jornadas de trabajo y la falta de formación académica de los padres, una relación conflictiva entre la pareja y por el fallecimiento de alguno de los progenitores. **Conclusiones:** la funcionalidad familiar en adolescentes es, en general, buena. Sin embargo, hay agentes intra y extrafamiliares que la modifican. Conocer la naturaleza e impacto de dichos factores sobre la funcionalidad familiar, es una invitación a la reflexión sobre nuestra sociedad.

### PATOLOGÍA PSICODERMATOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

#### ¿QUÉ NOS DICE LA PIEL DE NUESTROS ADOLESCENTES?

Ribes Hernández, P.; Guerrero Alzola, F.; Nieto Serrano, A.;

Casas Rivero, J.; Salmerón Ruiz, MA.

Hospital Infantil universitario La Paz. Madrid

**Introducción y objetivos:** La psicodermatología es una nueva forma de entender la interacción entre mente y piel, mediante la cual los trastornos psicológicos causan enfermedades dermatológicas y

éstas causan trastornos psicológicos. Clasificación de los trastornos psicodermatológicos: •Trastornos psicofisiológicos. •Trastornos psiquiátricos primarios con síntomas dermatológicos •Trastornos dermatológicos con síntomas psiquiátricos. •Miscelánea. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia del segundo bloque de la clasificación (Trastornos psiquiátricos primarios con síntomas dermatológicos) y su evolución en los adolescentes de una unidad de Medicina de la Adolescencia. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se recogieron datos de pacientes con diagnóstico de un trastorno psiquiátrico primario con manifestación cutánea moderada/grave en nuestro servicio en los últimos 3 años. No se recoge el tratamiento psicológico. Se excluyeron las autolesiones por cortes. **Resultados:** Recogimos 11 casos de los cuales 9 (82%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fueron 13,5 años. Diagnósticos: • 5 casos de tricotilomanía (45%) • 2 trastornos por excoriación • 1 Trastorno obsesivo compulsivo con dermatitis por lavado de manos • 1 urticaria crónica refractaria • 1 pseudonódulos en nudillos • 1 trastorno dismórfico corporal (TDC). 6 pacientes tenían comorbilidad psiquiátrica asociada y 2 problemas sociales graves. Recibieron tratamiento farmacológico 10 pacientes: • 9 con ISRS, • 1 clomipramina (posteriormente se cambió a ISRS), • 2 benzodiacepinas, junto con ISRS, • 2 N-acetilcisteína, •1 Risperidona. El paciente con TDC rechazó tratamiento. **Evolución:** • 7 pacientes han mejorado tras el tratamiento con ISRS con intervalos de exacerbación. • El paciente con urticaria crónica refractaria se curó. • Una tricotilomanía perdimos el seguimiento, • El caso de los pseudonódulos lleva poco tiempo de tratamiento. La N-acetilcisteína fue ineficaz. La risperidona hubo que retirarla por aumento de peso. **Conclusiones:** • El médico que atiende a adolescentes recibirá a este tipo de pacientes por una patología dermatológica, con poca respuesta a tratamiento habitual y/o sin objetivar patología de base. Será en la anamnesis, realizando un abordaje integral/biopsicosocial, donde será capaz de diagnosticar la patología psiquiátrica de base, pudiendo tratar ambas entidades. • El tratamiento debe focalizarse en disminuir el estrés, detectar y tratar comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad, manejar el aislamiento social y mejorar la autoestima.

### DETECCIÓN PRECOZ DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Sánchez González, A.; Tapia Trujillo, E.; Jiménez Cabeza, S.;

Cabezas Berdión, C.; Sánchez López, Á.

Pediatría del HUVR (Sevilla), CS El Greco (Sevilla)

**Introducción:** La prevalencia de depresión en adolescentes oscila entre el 4-8%. Presenta una alta tasa de cronicidad y unos costos económicos elevados; pudiendo originar problemas académicos, abuso de drogas, y en algunos casos suicidio, segunda causa de muerte en este grupo etario. Por todo esto es fundamental la detección precoz del problema. **Caso clínico:** Paciente de 13 años con antecedentes familiares de depresión y trastornos de la conducta alimentaria, convive con abuela materna tras la separación de sus progenitores, ambos con familias reconstituidas. Como antecedentes personales destacan obesidad e hipertiroidismo autoinmune, con bocio y exoftalmos a la exploración, en tratamiento con anti-tiroideos. Comienza con un cuadro de trastorno del estado de ánimo apareciendo síntomas de disforia, anhedonia, insomnio y disconformidad con su imagen corporal, asociando ansiedad que calma con la comida. Presenta ideas de muerte y lesiones con fines autolíticos. En el colegio mantiene un aceptable rendimiento escolar, pero sufre las burlas de sus compañeros. Diagnosticada de trastorno depresivo, precisa psicoterapia y tratamiento farmacológico con antidepresivos

(fluoxetina). **Discusión:** Nuestro caso pone de manifiesto el origen multifactorial de la depresión en adolescentes. El género constituye un factor de riesgo, encontrándose el doble de prevalencia en el sexo femenino. Los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana, como la separación de los progenitores o el acoso escolar, pueden influir en su desarrollo. Los antecedentes de depresión en la familia u otros trastornos psiquiátricos comórbidos también son predisponentes. No debemos olvidar el examen físico exhaustivo, pues existen causas orgánicas como la obesidad y los trastornos tiroideos que se asocian a un mayor riesgo de trastornos depresivos, ambos presentes en nuestra paciente. Se han descrito los efectos beneficiosos de los programas de cribado, siendo fundamental la comunicación abierta y la colaboración tanto de la familia como del personal educativo. Por ello, los pediatras de atención primaria deben estar alerta para identificar los factores anteriormente expuestos y propiciar así una intervención temprana del problema, a pesar de lo cual se estima que cerca de la mitad seguirán teniendo problemas de depresión en la edad adulta.

#### EXPERIENCIA CON GUANFACINA-XR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Rodríguez Sánchez, C.; Ochoa Fernández, BM.; Guerrero Alzola, F.; Casas Rivero, J.; Salmerón Ruiz, MA.

*Hospital Infantil universitario La Paz. Madrid*

**Introducción:** Guanfacina de liberación retardada [GXR] es un fármaco aprobado en España desde enero/2017 para tratamiento del TDAH de 24 horas de efecto. Es un agonista selectivo de los receptores  $\alpha 2A$ . Ha demostrado utilidad en monoterapia y tratamiento combinado, especialmente cuando existe respuesta insuficiente con estimulantes o se acompaña de comorbilidades (ej.: trastorno negativista desafiante, tics). Los efectos adversos se presentan en más del 5%, y consisten principalmente en somnolencia, cefalea, disminución de apetito, dolor abdominal, náuseas y xerostomía. **Objetivos y metodología:** Los objetivos fueron: - Estudiar la tolerancia y efectividad clínica de GXR en pacientes diagnosticados de TDAH. - Valorar la reducción de dosis de antipsicóticos en pacientes tratados con GXR. Se recoge una serie de casos de pacientes tratados con GXR, que se diagnostican y siguen de TDAH en la Unidad de Adolescentes. **Resultados:** Se recogen 28 pacientes, 70% varones. Los diagnósticos al iniciar el tratamiento fueron: - 78% TDAH con trastornos de conducta. -11% TDAH, tics y trastornos de conducta. 11% TDAH como único diagnóstico. En el 41% de los casos se retiró el fármaco por falta de tolerancia (80%) o por falta de respuesta (20%). Los pacientes que toleraron la GXR (59%) alcanzaron una dosis media de 0.08 mg/kg.

El 68% de los pacientes (19 casos) estaba tratado con antipsicóticos previamente a la introducción de GXR y el 100% con psicoestimulantes. Con el tratamiento con GXR se pudo reducir la dosis de antipsicóticos en 9 pacientes (47%) y retirar totalmente en 6 (32%). En el 21% restante no pudo reducirse dosis, coincidiendo con los pacientes que no mantuvieron el tratamiento con GXR. **Conclusiones:** GXR ayuda a estabilizar algunos de los comportamientos disruptivos de los pacientes con TDAH con trastornos asociados permitiendo en ocasiones disminuir o retirar la dosis de antipsicóticos. En nuestra experiencia, no ha sido posible disminuir la dosis de estimulante. La dosis media es de 0.08mg/kg por la no tolerancia a dosis mayores, no siendo posible alcanzar en algunos casos la dosis efectiva recogida en la bibliografía de 0.12mg/kg por aparición de efectos adversos. La suspensión del tratamiento ha sido en su mayoría por efectos adversos.

#### DUDAS ANTE UN POSIBLE MALTRATO O EL DEBUT DE PSICOPATOLOGÍA EN EL ADOLESCENTE.

Armenteros Cortés G.<sup>(1)</sup>; Jiménez Guerrero J.<sup>(2)</sup>; Sampedro Abascal C.<sup>(1)</sup>; Fernández Molina C.<sup>(1)</sup>; García Saldaña P.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Salud de Tomares. Tomares. Sevilla. <sup>(2)</sup>Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

**Introducción:** La sola sospecha de maltrato, con independencia de la edad de presentación es de vital importancia por lo que debemos actuar en consecuencia ante cualquier atisbo del mismo. **Caso clínico:** Anamnesis: Adolescente mujer de 13 años llevada al servicio de urgencias por sus padres refiriendo que la insultan y le pegan. Sus padres comentan actitud desafiante habitual, rabietas frecuentes, impulsividad y negativa a la higiene diaria, estando desbordados por la situación. Antecedentes Personales: Episodio ansioso que fue valorado por Salud Mental, alta del proceso. No tratamiento médico habitual. Ante la sospecha de posible maltrato se contactó con Juez de Guardia. Se indicó continuar con procedimiento médico habitual enviándose policía judicial para entrevista y elaboración de informe propio. **Exploración:** Poco colaboradora. Discurso estructurado y coherente. No ideas delirantes aparentes. No alteraciones formales del pensamiento. No alucinaciones. No fenómenos de difusión del yo. Ánimo no explorable. No ideación suicida. No alteraciones psicomotoras. Exploración física Normal. No se evidencian lesiones externas ni datos sugestivos de maltrato a la exploración. **Diagnóstico:** Trastorno de conducta a filiar. Problemática familiar. **Tratamiento:** Observación domiciliaria, seguimiento con su Pediatra a valorar derivación a Salud Mental. **Evolución:** Se descartó la posibilidad de maltrato con la intervención de la policía judicial y la ausencia de datos de alarma. Se derivó a Salud Mental de zona descartándose patología orgánica cerebral con Resonancia Magnética de cráneo normal, analítica normal. Diagnóstico de probable trastorno psicótico a filiar, se inicia tratamiento con aripiprazol y fluoxetina con necesidad de ajuste de dosis por reagudizaciones, sin requerir ingresos pero si valoraciones frecuentes por Psiquiatría. **Discusión:** Ante la duda de un posible maltrato debemos siempre seguir la normativa y los cauces propios establecidos a tal efecto. La adolescencia es una etapa con características específicas debido a los cambios que se producen en este periodo, siendo motivo en ocasiones de crisis individuales. Es importante actuar en consecuencia sin perder la visión global del paciente y descartar patología incipiente que en muchos casos puede verse enmascarada por las características inherentes en esta etapa de la vida.

#### TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA PRE-ADOLESCENCIA.

Mate García, MA.; Urgellés M.; Tomasini, R.; Molina, F.; Cilveti, R.  
Cap. Terrassa Sud, Mutua Terrassa

**Introducción:** La prevalencia de la Anorexia Nerviosa es de 2.2-3.6%, con una relación hombre /mujer de 1/10. El 85% aparece entre los 14-18 años, pero los Trastornos de la Imagen corporal y del Comportamiento Alimentarios son cada vez más frecuentes a una edad más precoz en la pre-adolescencia. Exponemos 3 casos recientes. **Casos clínicos:** 1) Niña de 12 años: Consulta por astenia y pérdida de 13 kg de peso en los últimos 6 meses y amenorrea. Está triste y ha disminuido rendimiento escolar. Vómitos autoinducidos en la comida, las 2 últimas semanas. Se autolesiona en brazos, cortes, como conducta ansiolítica. Ha consultado en redes sociales, y pertenece a un grupo de Instagram, página pro-Ana. Se pesa antes y después de cada comida, y hace ejercicio en casa y fuera. IMC 18. Inicio por pérdida de peso por

gastroenteritis y refuerzo positivo por su imagen posterior en su clase, Analítica normal, excepto cortisol elevado. Test CDI de depresión: 26. Se deriva a Psicología, 2 visitas y visita en 1 mes, si no evoluciona bien, Hospital de día. 2) Niña de 12 años. Consulta por disminución de la ingesta la últimas semanas, no menarquia. No vómitos. IMC 18, quiere perder peso por debajo de los 40 kg, Se pesa 5 veces al día y viste ropa ancha. Analítica normal, excepto ferritina baja. Test CDI: 19. Pendiente primera visita psicología. 3) Niña de 11 años con preocupación excesiva y distorsión de la imagen corporal. IMC correcto, Se pesa y mira al espejo varias veces. Enfado y crisis de ansiedad al vestirse por las mañanas y al comprar ropa, En el colegio el año previo comentarios sobre su peso, y actualmente amigas hablan sobre peso e ideal de imagen. Intervención psicológica precoz y mejora. **Discusión:** Dado que esta patología está en ascenso en la edad pediátrica, los pediatras de primaria deberíamos formarnos, para la prevención primaria y secundaria, detección precoz de los casos, valoración de la gravedad y actitud a seguir para tratar o derivar a centros especializados, ya que su atención precoz mejora el pronóstico.

### ANOREXIA NERVIOSA -

#### RETRATO DE UN CASO DE PRESENTACIÓN PRECOZ

Fernandes, M.<sup>(1)</sup>; Moleiro, P.<sup>(2)</sup>; Soares, M.<sup>(3)</sup>; Luz, A.<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar Cova da Beira; <sup>(2)</sup>Unidade de Saúde e Medicina do Adolescente, Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; <sup>(3)</sup>Unidade de Pedopsiquiatria, Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

**Introducción:** La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria asociada a una importante morbilidad y un gran impacto en la vida de los pacientes y sus familias. Su presentación es rara antes de los 12 años de edad. El tratamiento de la anorexia nerviosa en edades tempranas es desafiante, necesitando un seguimiento multidisciplinario estrecho. **Caso clínico:** Adolescente de 11 años del sexo femenino, enviada a la consulta de pedopsiquiatría por su médico de familia por reducción extrema de la comida asociada a pérdida de peso abrupta. En la evaluación inicial se confirmó este comportamiento asociado a pérdida de peso de 17 kg en 6 meses, distorsión de la imagen corporal y miedo a ganar peso. También había intensificado su actividad física, sin comportamientos de purga. Tenía un carácter perfeccionista y un alto rendimiento escolar. Fueron identificados factores de estrés familiar (con separación parental conflictiva y alteración del hogar), y diagnóstico de una enfermedad oncológica en un familiar. Se presentaba adelgazada, con Índice de Masa Corporal (IMC) 13.5 kg/m<sup>2</sup> (peso 28 kg; altura 1.44 m), extremidades frías, acrocianosis y bradicardia. Fue internada en el Servicio de Pediatría durante dos días, efectuado electrocardiograma (bradicardia sinusal) y evaluación analítica (sin alteraciones relevantes). Se estableció un plan alimenticio con apoyo de nutricionista, e inició intervención psicoterapéutica. Después del alta hospitalaria mantuvo seguimiento multidisciplinario (pedopsiquiatría, nutrición, medicina del adolescente y psicología), con terapéutica farmacológica (olanzapina) e intervención familiar y escolar. En ambulatorio se observó un progreso lento con avances y retrocesos en el peso. Recuperó, en total, 7.65 kg teniendo un IMC de 16.3 Kg/m<sup>2</sup> en la última evaluación (9 meses después del diagnóstico). **Discusión:** Una intervención adecuada y oportuna fue indispensable para la buena evolución de la paciente. Se subraya la gravedad de la presentación, decidiéndose un internamiento breve inicial, y la importancia del trabajo multidisciplinario, con intervención en la familia y en la escuela. La disponibilidad del equipo multidisciplinario para un seguimiento regular (a veces sema-

nal) ha tenido particular importancia para una evolución y pronóstico favorables. Se enfatiza también la necesidad de identificar y enviar precozmente a estos pacientes, importante para el éxito terapéutico.

### CASO CLÍNICO: EL SUEÑO EN LA ANAMNESIS, EL GRAN OLVIDADO

Gavela Pérez, T.; Lopez Carnero, J.; Mejorado Molano, FJ.; Losada del Pozo, R.; Soto Insuga, V.  
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

**Introducción:** un sueño de calidad es fundamental para un adecuado rendimiento en actividades físicas, aprendizaje, conducta y estado anímico. Aunque los síntomas de hipersomnia son generalmente secundarios a privación crónica de sueño (especialmente entre adolescentes), existen trastornos de hipersomnia idiopática que suelen infradiagnosticarse. Presentamos el caso de un adolescente donde reflejamos la importancia de una adecuada anamnesis sobre los trastornos de sueño. **Caso clínico:** adolescente de 14 años derivado a consulta pediatría por hiperbilirrubinemia y "astenia", esta última atribuida a ferropenia crónica. Se había realizado hasta 10 analíticas en los últimos años y recibió feroterapia en 6 ocasiones sin mejoría clínica. Destacaba bilirrubina total <2 mg/dl, predominando la fracción indirecta, hemoglobinas normales, VCM 73-76fl, ferritinas 20-30ng/ml, hierro 50-110µg/dl e índices de saturación 15 y 19%. Anamnesis sobre alimentación normal, ausencia de patología digestiva y destacaban síntomas de inatención y sensación de cansancio crónico sin limitación para actividades deportivas (colegio, natación y triatlón) y escolares. Al preguntar por el sueño lo definen como "niño que dormita" en casa y colegio, con mayor somnolencia desde los 10 años, con valores alterados en escalas específicas como Pediatric Daytime Sleepiness Scale 18 (<16). En agenda de sueño se comprueba tiempo de sueño nocturno de 8-10 horas y siestas habituales (hasta 3 al día coincidiendo con desplazamientos o clases). Frecuentes despertares (2-5 por noche), asociando ocasionalmente episodios de parálisis del sueño y sueños vívidos. No cataplejía ni roncopatía. **Antecedentes:** madre con enfermedad de Addison y tiroiditis de Hashimoto y padre con hipersomnia diurna sin filiar. Se comprobó que el paciente portaba HLA DQ-A1\*0501 y DQB1\*0201, test de latencias múltiples con latencia disminuida (6 minutos, 29 segundos), sin entradas precoces en REM. La RM craneal y valores de hipocretina-1 en LCR fueron normales. Con diagnóstico de hipersomnia idiopática se pautaron siestas regulares y tratamiento con metilfenidato (0,93mg/kg/día) con mejoría de somnolencia, astenia, inatención y global de calidad de vida. **Discusión:** los trastornos del sueño en adolescentes son frecuentes y están infradiagnosticados, repercutiendo en la vida diaria de los niños. Deberían integrarse de forma sistematizada preguntas sobre los horarios y patrones de sueño en las historias clínicas.

### ADOLESCENTE CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y DELIRIO PERSECUTORIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Meleiro Pascual, R.; Villatoro Pérez, M.; Mesian Pérez, I.; Faya Barrios, M.  
H. U. Virgen del Rocío Sevilla

**Introducción:** La encefalopatía hepática es un síndrome neuropsiquiátrico que puede afectar a pacientes con hepatopatía crónica. El interés de este caso reside en la sintomatología psicótica que presentó el paciente, en especial a una edad en la que la incidencia de la esquizofrenia aumenta. **Caso clínico:** Paciente de 16 años que acude a urgencias por síntomas psicóticos. Desde hace una semana siente que "le persiguen" y que por eso "tiene mucho miedo". Explica que

tiene la sensación de haber hecho algo malo y tener que resolver algo pero no es capaz de concretar el qué, cómo, ni por qué. Su abuela refiere que nota conductas extrañas, "tenso, con miedo, a veces no quiere entrar en casa". Le define como un niño asustadizo y temeroso desde siempre, pero niega la presencia de estos síntomas similares en el pasado. El paciente también expresa que escucha voces insultantes dirigidas hacia su persona, de las que no elabora una estructuración delirante, refiriendo no encontrar explicación a las mismas. Tienen una duración recortada en el tiempo y no siempre le producen repercusión afectiva o conductual. AP: -Epilepsia en tratamiento con Valproico desde hace 10 años. -Hipertensión portal pre-hepática por trombosis hepática. Derivación esplenorrenal lateral en 2014, con trombosis de la misma en el postoperatorio tardío. Tratamiento con propranolol por varices esofágicas. En lista de trasplante hepático. -Retraso madurativo. CI límite -NAMC -Calendario vacunal actualizado EF: Sin alteraciones salvo hepatomegalia. Exploración neurológica: sin alteraciones salvo temblor distal en manos, y discreta dismetría en la prueba dedo-nariz. Exploración psicopatológica: consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Abordable, colaborador. Contacto visual esquivo. No inquietud psicomotriz. No alteraciones mnésicas reseñables. Discurso entrecortado, parco, con aumento de latencia de respuesta. Bloqueos del pensamiento. Ideas autorreferenciales sin estructurar de las que no es capaz de elaborar un discurso consistente. Pensamiento desorganizado. Alteraciones sensorio-perceptivas en forma de voces insultantes Embotamiento afectivo. Ansiedad referida y manifiesta. No ideas de muerte ni autolisis. No auto ni heteroagresividad. Juicio de la realidad alterado. Pruebas complementarias realizadas en urgencias Hemograma normal. Bioquímica con transaminasas normal. Gasometría venosa normal. Amonio: 88,5 µmol/L Tóxicos en orina negativos ECG normal El paciente es ingresado en planta para continuar estudio y tratamiento. Se realiza diagnóstico diferencial con: -Encefalopatía hepática secundaria a la hiperamoniemia, -Intoxicación por ácido valproico -Trastorno psicótico. Se inicia tratamiento con lactulosa oral y dieta hipoproteica, disminuyendo los niveles séricos de amonio en sucesivos controles. No vuelve a presentar durante el ingreso semiología psicótica ni alteraciones sensorio-perceptivas. Se realizan además EEG y RMN que son normales. Al alta no presenta alucinaciones auditivas ni ninguno de los síntomas por los que fue ingresado. Continúa controles en consultas de gastroenterología y neurología. **Discusión:** como en toda enfermedad psiquiátrica, es preciso realizar una evaluación clínica detallada, realizando las pruebas complementarias dirigidas para descartar una potencial causa orgánica causante del cuadro, teniendo en cuenta las enfermedades de base, como ocurrió con el paciente de nuestro caso.

#### "NECESITO DESPEDIRME DE ELLA"

Otero Aguilar, P.<sup>(1)</sup>; Bermúdez Guerrero, JA.<sup>(1)</sup>; Durán González, VM.<sup>(2)</sup>;

Martín Talavera, M.<sup>(3)</sup>; Guisado Rasco, MC.<sup>(4)</sup>.

<sup>(1,4)</sup>CS Mercedes Navarro; <sup>(2)</sup>CS Alamillo;

<sup>(3)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Introducción:** El duelo es una reacción natural ante una pérdida, cada persona puede vivirlo de forma distinta y, además, varía a lo largo de las diferentes etapas de la vida. En adolescentes pueden aparecer alteraciones de conducta, aislamiento, fracaso académico, miedo a enfermar y a la muerte y conductas de riesgo. En nuestro entorno existe la costumbre de mantener apartado al adolescente del proceso de muerte de un ser querido con la falsa creencia de que estamos protegiéndole. En cambio, varios estudios destacan la importancia de

incluir al adolescente de manera adecuada a su madurez cognitiva y afectiva al proceso o rito de despedida de un familiar cercano. **Caso Clínico:** Anamnesis: Mujer de 16 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en su Médico de Familia por cuadros repetitivos desde hace 3 meses de temblor, sudoración, disnea y llanto. Duran entre cinco y seis minutos. Aparecen en reposo y ceden espontáneamente. Han ocurrido tanto en el colegio como en casa. Viene acompañada de su madre, quien refiere que estos episodios se han repetido en torno a 3-4 veces al mes. Además, ha observado un cambio de actitud desde que falleció su abuela, hace 3 meses coincidiendo con el inicio de los episodios, mostrándose apática, menos conversadora y aislada de relaciones sociales y familiares. En entrevista dirigida a la paciente, admite que piensa demasiado en su abuela fallecida a quien le unía un gran lazo afectivo. Compartían aficiones y pasaban mucho tiempo juntas: "supe que falleció después de su entierro, necesito despedirme de ella y no pude hacerlo". **Exploración:** TA: 110/65. ACR: Sin hallazgos patológicos. **Diagnóstico:** Ansiedad Vs Depresión Vs Duelo. **Tratamiento:** Acordamos que la paciente se tomará unos días para escribir una carta de despedida que será depositada en un lugar importante para ambas. **Evolución:** Citamos a la paciente en unas semanas quien nos refiere que el haber expresado todo lo que se había quedado en su interior le sirvió para cerrar esa etapa, persistiendo desde aquel entonces asintomática.

#### CONSUMO DE TÓXICOS ENTRE ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona E.; Martín Talavera M.;

Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.

H.I. Virgen del Rocío Sevilla

**Introducción:** Según el Plan Nacional sobre Drogas de 2016 la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa por debajo de los 14 años. Respecto a los hipnosedantes, oscila de los 14,6-14,9 años. Los que han consumido cocaína se inician a los 15 años. Nuestro objetivo es conocer estos datos en nuestra población. **Material y método:** Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 21 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes. La encuesta fue rellenada anónimamente por 233 alumnos de entre 13 y 14 años de 1º y 2º ESO de dos centros educativos de la zona básica de salud. **Resultados:** De los 233 alumnos encuestados el 2.58% declara ser consumidor habitual de tabaco, mientras que los de cachimbas ascienden al 18.54%. El 9.01% declara consumo habitual de alcohol, siendo el 9.45% los que han tenido un consumo tóxico del mismo. Respecto a las drogas, el 21.45% refiere haber recibido propuestas para su uso. Sin embargo, estos resultados varían significativamente en el análisis por aulas, donde el ofrecimiento de drogas alcanza el 45.45%, el consumo tóxico de alcohol el 27.27%, y el consumo habitual de cachimbas el 36.37%. **Discusión y conclusiones:** Tras analizar los resultados y compararlo con la bibliografía publicada, se concluye que el consumo de tabaco en nuestra población es menor que el nacional (2.58% respecto a 18.6%). Sin embargo, creemos necesario analizar el consumo de cachimbas, cada vez más frecuente y con menos estudios realizados tanto para valorar prevalencia como para analizar las consecuencias de su uso. Respecto al consumo de alcohol, en nuestro trabajo el resultado es del 9.01%, mientras que los datos publicados detectan consumo entre el 57.4%. Destaca el aula donde hasta el 27% ha realizado un consumo tóxico, estimando necesario potenciar las campañas para su prevención. Como conclusión más importante la elevada frecuencia con la que los adolescentes reciben propuestas para el consumo de

## Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Sema)

drogas. El consumo de hipnosedantes como droga ilegal más consumida, se sitúa en el 7.3% a nivel nacional, pero son el 21.45% de los encuestados los que refieren haber recibido ofertas, alcanzando en un grupo el 45.45%.

### USO DE TECNOLOGÍA ENTRE ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona E.; Martín Talavera M.;  
Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.

*H.I. Virgen del Rocío Sevilla*

**Introducción:** Según el Instituto Nacional de Estadística, el uso de tecnologías entre adolescentes (10-15 años) es muy elevado. Casi el 100% ve la televisión a diario, siendo el 14% los que la ven más de 3 horas entre semana y el 37% los fines de semana. El uso de ordenador alcanza el 95,1%, y el móvil un 83,2% a los 13 años y un 92,8% a los 14 años. **Material y método:** Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 21 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes. La encuesta fue rellenada anónimamente por 233 alumnos de 13 y 14 años de 1º y 2ºESO de dos centros educativos de la zona básica de salud. **Resultados:** De los 233 alumnos encuestados el 54.93% pasa dos horas o más viendo la televisión al día, siendo el 43.45% los que lo emplean con videojuegos. Preguntados respecto a la sensación de necesidad de productos tecnológicos como el móvil o la Tablet, y respondiendo de 0 a 9, sólo el 5.58% refieren no precisarla, mientras que el 81.11% la puntúan en 4 o más. En el análisis por aulas es significativo el grupo en el que el tiempo frente al televisor es 68.18%, y con videojuegos el 59.09%. Respecto a la necesidad de tecnología, se alcanza el 89.6%. **Discusión y conclusiones:** Dado el análisis de los resultados y la comparación con los publicados, concluimos que nuestros adolescentes consumen más horas de televisión al día (54.93% dos horas diarias o más) pero menos con videojuegos (43.45%), a pesar de lo cual, continúan siendo cifras altas. Creemos interesante la bibliografía referida a la implicación de los padres en el ocio electrónico (que aumenta el rendimiento escolar), puesto que un 40% de los adolescentes consume esta tecnología en solitario y sin conocimiento paterno sobre el tipo utilizado, llegando al 70% los padres que desconocen qué videojuegos usan sus hijos. Respecto a la necesidad de tecnología, hasta el 81.11% la puntúan alta, dato que nos lleva a concluir la necesidad de proyectos en esta área dado el riesgo de futuras adicciones que pudiera conllevar.

### VÓMITOS INCOERCIBLES ANTE CONSUMO DE CANNABIS

García Manga, A.; Fariñas Díaz de Guereño, S.; Zurbano Araiz, M.

*Centro de Salud Gamonal Antigua Burgos*

**Introducción:** El cannabis es la droga ilegal más extendida en España y con un consumo muy temprano. Presenta un efecto paradójico en consumidores crónicos susceptibles, consistente en náuseas y vómitos recurrentes, que desaparece con la abstinencia. **Caso clínico:** Anamnesis: Paciente de 18 años sin antecedentes de interés, salvo un ingreso en Medicina Interna a los 14 años para estudio de vómitos y dolor abdominal con diagnóstico de gastroenteritis, que acude a consulta por vómitos incoercibles, febrícula, y dolor abdominal difuso desde hace 12 horas. Sin asociar cambios en ritmo intestinal, ni otra clínica a ningún otro nivel. No relaciona el cuadro con ninguna comida ni consumo de hábitos tóxicos. Ha tenido dos episodios similares previos a diferentes edades que cedieron con primperán. Exploración Física: Consciente y orientado, con regular estado general, nauseoso y con vómitos. Resto de exploración normal. Pruebas

Complementarias: se solicita analítica de rutina (hemograma y bioquímica) con perfil hepático, función renal y pruebas de coagulación, con parámetros normales. La radiografía de abdomen no presentó hallazgos significativos. Se solicitan tóxicos en orina, positivos para cannabinoides. Ante dichos hallazgos y sin la mejoría del paciente se vuelve a incidir en hábitos tóxicos, terminando el paciente por declarar consumo de años de evolución de cannabis, incluido el día previo a la clínica. **Diagnóstico:** Hiperemesis por cannabinoides **Tratamiento:** se prescribe Primperán, ante la falta de mejoría, se pauta Clorpromazina, con mejoría del cuadro. Al alta se recomiendan duchas de agua caliente y abstinencia de consumo. **Evolución:** tras cesar el consumo, el paciente no vuelve a presentar vómitos. **Discusión:** Debido a la alta prevalencia del consumo de cannabis es importante, ante vómitos cíclicos, valorar este diagnóstico y preguntar consumos/año. Además de recordar que el tratamiento sintomático en este cuadro es antipsicóticos típicos o dexametasona y sobre todo, duchas de agua caliente. Y que el único tratamiento definitivo es abstinencia del consumo, para lo cual podemos ofrecer apoyo con técnicas psicoterapéuticas, sobre todo motivacionales y cognitivo-conductuales.

### DETERMINANTES FAMILIARES Y EMOCIONALES EN EL CONSUMO DE TABACO (PIPAS DE AGUA Y CIGARRILLOS) Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Sáenz-Lussagnet JM.; Hernández Soto MR.; Luque-Romero LG.

*Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte*

**Introducción:** Diversos trabajos han señalado que el consumo de pipas de agua (cachimba, narguila) puede ser precursor del consumo de cigarrillos en adolescentes. Según la encuesta "la Población Andaluza ante las Drogas (2015)" el consumo de cigarrillos en el grupo etario de 14-15 años era del 12,5%. **Objetivo:** Analizar los determinantes del consumo de pipas de agua, cigarrillos, alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza secundaria de Sevilla. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal realizado en Atención Primaria de Salud (ámbito escolar y comunitario). Población: Estudiantes de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria en 3 IES públicos de San José de la Rinconada. Muestra: 185 individuos. Variables: sexo, edad, curso, edad de inicio de los consumos (cigarrillos, pipas de agua, cigarrillo electrónico, alcohol y otras drogas), prevalencia de los consumos, convivencia con familiares fumadores, síntomas emocionales (cuestionario SDQ). Análisis estadístico: Análisis descriptivo y bivariado. Contraste bilateral y nivel de confianza del 95% (IBM-SPSS y EPIDAT-3.1). Consideraciones bioéticas: Aprobado por el CEI-Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla. **Resultados:** Se analizaron 185 adolescentes de 3º y 4º de ESO. La edad mediana (RIC) 15.4 (14.7-15.8) años. El 51.4% eran mujeres. El 76.8% convivían con fumadores y 73.0% con algún familiar bebedor habitual. La prevalencia de consumo de tabaco (pipa de agua y/o cigarrillo) fue del 28.1%. El 35.1% habían experimentado con el cigarrillo, 63.8% con pipa de agua, 73.0% con alcohol y 14.1% con drogas. El alcohol ha sido la primera sustancia consumida a los 13.2 años de edad, seguida de la pipa de agua (13.5), el cigarrillo (13.8) y el cannabis a los 14.6 años. En cuanto a los síntomas emocionales (SDQ) 18 (9.7%) alumnos tuvieron una puntuación límite y 20 (10.8%) puntuación en rango patológico. **Conclusiones:** El consumo de tabaco se está infravalorando al no contarse con el de pipas de agua. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas emocionales y el consumo de sustancias en los adolescentes. Los modelos familiares incrementan el consumo de sustancias aunque no se alcanza la significación estadística.

### EXPLORANDO F.A.C.T.O.R.E.S. DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN ADOLESCENTES

Tobarra Sánchez E.; Cabrera Jiménez L.; Azurmendi Funes ML.;  
Cárceles Álvarez A.; Sánchez Sauco MF.; Ortega García JA.  
*H.C.U. V. de la Arrixaca. Murcia*

**Introducción y Objetivos:** Cada vez con más frecuencia los jóvenes pasan más tiempo en espacios cerrados alejados de experiencias en la naturaleza. Las cifras de consumo de alcohol y drogas entre adolescentes son alarmantes. Según cifras estatales, en el último mes un 38% han consumido tabaco, un 7% cannabis y un 64% alcohol, la mayoría en atracción (ESTUDES, Plan Nacional de Drogas, 2013). Tan sólo un 15% de los encuestados realizaba actividades físicas el contacto con la naturaleza (Ministerio de Educación, 2010). Con este trabajo se pretenden analizar factores de riesgo y de protección respecto a los estilos de vida en un grupo de adolescentes. **Material y Método:** Se seleccionaron 2 aulas de 4º de la ESO en un municipio del sureste español. Se entregó un cuestionario autocumplimentado sobre estilos de vida. Se realizó estadística descriptiva usando el programa SPSS V19. **Resultados:** Se encuestaron 139 adolescentes, siendo 61,2% chicas y 38,8% chicos. Un 14% fuman tabaco (54% exposición pasiva), un 28% toma alguna vez alcohol los fines de semana y un 59% ha estado expuesto al humo del cannabis en los últimos meses. Existen diferencias de género en estas exposiciones. La percepción sobre el consumo de los compañeros de instituto de tabaco, cannabis y alcohol es del 34%, 16% y 55% respectivamente. Un 58% tiene contacto con la naturaleza menos de una vez por semana. El 64% refiere que no hay alternativas de ocio en la comunidad. El % de fumadores es menor en los jóvenes con mayor número de experiencias en la naturaleza (ANOVA,  $p=0,002$ ). **Conclusiones:** Las cifras son alarmantes: casi la mitad están expuestos a humo de tabaco y cannabis y hasta un 28% al alcohol de forma ocasional. El contacto con la naturaleza puede comportarse como un factor protector. La perspectiva debe ser integrativa, abordando de los factores de riesgo y el estímulo de los factores de protección.

### CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN ADOLESCENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER PEDIÁTRICO

Cárceles Álvarez, A.; Tobarra Sánchez, E.; Azurmendi Funes, ML.;  
Sánchez Sauco, MF.; Ortega García, JA.  
*H.C.U. V. de la Arrixaca Murcia*

**Introducción y objetivos:** las tasas de supervivencia del cáncer pediátrico han aumentado espectacularmente en las últimas décadas, situándose en los países de nuestro entorno alrededor del 80%. Al mismo tiempo, ha aumentado la incidencia de efectos tardíos derivados de los tratamientos utilizados, estimándose que, hasta el 70% de los supervivientes de cáncer pediátrico (SCP) presentarán algún efecto tardío a lo largo de su vida. La adolescencia es una etapa determinante en la adquisición de hábitos saludables que puedan perdurar en la edad adulta. Promover un estilo de vida saludable, evitando hábitos tóxicos, principalmente durante la adolescencia, será crucial para disminuir la aparición de efectos tardíos y conseguir una mejor calidad de vida en los SCP. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales en un grupo de adolescentes SCP. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo. Se analizaron los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en un grupo de adolescentes (14 – 18 años) que acudieron a la consulta de largo seguimiento de supervivientes de cáncer pediátrico. **Resultados:** se entrevistaron 52 SCP (57,7% masculinos) con una edad media de 15,9 años. El 48,1% habían consumido algo de alcohol en el

último año y el 33,5% en el último mes. Hasta el 75% habían presentado algún atracón de alcohol en el último año, siendo del 20,8% en los últimos 30 días. El 22,3% de los hombres y el 8,3% de las mujeres tenían un consumo de riesgo según el cuestionario AUDIT-C. El 7,7% eran fumadores, siendo el porcentaje de fumadores diarios del 5,8% con un consumo medio de 10 cigarrillos / día. Finalmente, el 3,8% eran consumidores de cannabis. **Conclusiones:** aunque las prevalencias de consumo son menores que en la población general de su misma edad, al tratarse de un grupo de alto riesgo, con mayor sensibilidad a los efectos perjudiciales de drogas legales e ilegales, es esencial desarrollar intervenciones intensivas para disminuir los consumos y promover estrategias de prevención en adolescentes que no consumen.

### CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IBIZA

Torné Torres, S.; Bagase Rejón, V.; Di Bernardo Delgado, FT.;  
Molina Gutiérrez, P.; Molina Mirazu, M.  
*C. Hospital Can Misses Ibiza*

**Introducción y objetivos:** Conocer la información y uso de los métodos anticonceptivos (MAC) en aquellos adolescentes que consultan en la Unidad de Atención a la Mujer (UAM) de Ibiza. Por ejemplo, saber cuál es el MAC que utilizan, si quieren cambiar y a cuál. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo mediante encuestas anónimas a mujeres entre 14-23 años que consultan en la UAM, el día de Atención al Adolescente, en un periodo de 45 días. **Resultados:** La muestra fue N=165, siendo el motivo de consulta: 67% información y solicitud de MAC; 21% control del MAC y 12% solicitud de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE). La media de edad de inicio de las relaciones sexuales (RS) es de 15,8 años. El MAC más utilizado en su primera relación (un 75%) es el preservativo, 11% no utilizó MAC, 1% píldora y 13% no había iniciado relaciones sexuales. En el momento de consulta un 77% utilizan MAC: 45,5% preservativo (28,5 siempre y 17% ocasional); 17,5% píldora; 14,6% métodos naturales; 4,8% implante subcutáneo; 2,4% anillo vaginal; 1,8% Dispositivo Intrauterino (DIU); 0,6% doble método y un 10% no usa ningún MAC. Un 50% seguirán con el mismo MAC, mientras que un 20,6% cambiará a la píldora, 9% al DIU, 7% implante, 3% preservativo, 1,2% doble método y un 0,6% parche transdérmico. El 90% de las adolescentes conoce la píldora postcoital. De las adolescentes que solicitaron IVEs: 75% utilizaba MAC (40% preservativo: 20% siempre y 20% ocasional; 27% coito interruptus; 20% píldora y 13% anillo vaginal). **Conclusiones:** La mayoría de las adolescentes del estudio conocen y utilizan los MAC, incluido la píldora postcoital. Destaca el uso del preservativo en su primera RS, pero de uso ocasional en sus RS actuales. No conocen ni usan doble método para evitar ITS. Se observa un bajo uso de los MAC de larga duración (LARC) que contrasta con el número de adolescentes que tras la encuesta e información cambiarán a DIU o implante, sobre todo en pacientes que habían consultado por IVEs, informando su alta efectividad así como la alta seguridad del método anticonceptivo.

### EL ADOLESCENTE Y LA NECESIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Martínez EM.; Sánchez Sauco MF.;  
Martínez García C.; Vicente Calderón C.  
*Hospital Univ. V Arrixaca Murcia*

**Introducción:** La adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad para los individuos. Las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, inundan sus pensamientos y acciones, generando en múltiples ocasiones; crisis, conflictos y contradicciones. Aunque sus límites

se inician con referentes biológicos, pueden terminar evolucionar en procesos psicológicos. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años diagnosticado de displasia ectodérmica hipohidrotópica ligada a X. El desarrollo psicomotor inicialmente fue normal. Al inicio del periodo escolar precisa adaptación curricular por retraso cognitivo leve, lo que ocasionó la repetición del curso académico en varias ocasiones. Con el inicio de la adolescencia aparecen cambios en su conducta, con patrones de agresividad (bullying) hacia sus compañeros y profesores suponiendo varias denuncias policiales. La gestión del caso la realizó su pediatra pero precisando de otras disciplinas para su intervención: unidad de salud medioambiental pediátrica, trabajo social, asociaciones, escuela... El fin del abordaje, fue encontrar espacios donde el paciente se encontrara cómodo y pudiera desarrollar todas sus habilidades: escuela, gimnasio, piscina, contacto con la naturaleza... Tras la intervención, el paciente ha experimentado una gran mejoría a nivel psicosocial, sobre todo familiar y de integración social. **Discusión:** El cuidado y la prevención de los factores de riesgo de los adolescentes en la práctica clínica diaria en muchas ocasiones quedan relegados al "altruismo" del profesional sanitario. Los adolescentes necesitan interlocutores que comprendan sus miedos y estimulen sus habilidades. Nuestro caso muestra la complejidad del abordaje y la necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario en la atención integral del adolescente.

### A SOLAS CON EL PEDIATRA

Espinós Martínez A.; Martín Talavera M.; Coronel Rodríguez C.;  
González Soria MD.; Begara De La Fuente M.

*H.I. Virgen del Rocío Sevilla*

**Introducción:** La adolescencia es un periodo durante el cual la percepción de la imagen corporal toma gran importancia para el individuo, en un momento en el que la autoestima es frágil y la personalidad está formándose. Muchos de los cambios físicos tienen lugar en zonas socialmente consideradas como más pudorosas, como las mamas o los genitales, y que llevan a que estos pacientes tardan en consultar, cuando les surgen preocupaciones, tanto a sus padres como a los profesionales de la salud. **Resumen de los casos:** Presentamos el caso de dos adolescentes con patología testicular, que consultaron en varias ocasiones en Atención Primaria, en teoría por problemas banales, antes de desvelar el verdadero motivo de consulta, principalmente por pudor, hasta que coincidieron con el pediatra, en este caso varón, a solas sin residentes mujeres. Se trata de un adolescente de trece años y medio con un bultoma en el teste derecho, que finalmente resultó ser un quiste de epidídimo, sin mayor trascendencia clínica; y un adolescente de doce años con un varicocele izquierdo, actualmente en lista de espera quirúrgica. En contraposición, en esta consulta concreta, al haber a menudo residentes mujeres, las adolescentes han podido ser exploradas en condiciones de mayor comodidad para ellas. **Conclusiones:** La tendencia actual a la ampliación de la edad de atención por parte de los pediatras, de catorce a dieciséis —o incluso dieciocho— años, lleva a que tengamos que aprender a abordar a estos pacientes, favoreciendo un clima de confianza, en el que ellos se sientan capaces de expresar sus dudas y preocupaciones, tanto a nivel de patología, como en cuanto a prevención y promoción de la salud. A menudo nuestras consultas en Atención Primaria están enfocadas a pacientes de menor edad, no sólo en cuanto a decoración, sino también a organización, con puertas que se abren indiscriminadamente, ausencia de cortinas para la exploración física y de profesionales del mismo sexo que el paciente, tal y como señalan las guías internacionales de práctica clínica. Es nuestro deber mejorar en todos estos aspectos para que no se nos escape patología potencialmente grave, especialmente por motivos de vergüenza.

### NO TODO SON FÁRMACOS EN EL CONTROL DEL ASMA DEL ADOLESCENTE

Pérez España, A.; Marcos Temprano, M.; Gacimartín Valle, P.;  
Bahillo Curieses, MP; Bermúdez Hormigo, I.

*H.C. U. Valladolid*

**Introducción:** En el manejo del asma grave resulta imprescindible identificar comorbilidades como reflujo gastroesofágico, obesidad, o síndrome de apnea/hipopnea. En la adolescencia se suman otros factores como mala adherencia terapéutica, alteraciones del estado de ánimo o abuso de sustancias, que dificultan el control del asma. **Caso clínico:** Caso 1. Varón, 16 años. Seguimiento por asma persistente moderada con sensibilización a ácaros, en tratamiento con formoterol/budesonida. Recibió inmunoterapia específica, suspendida por mal control del asma. Empeoramiento en el último año, precisando broncodilatador de rescate frecuentemente y hospitalización en una ocasión. Se aumentó dosis de corticoide inhalado, asociando bromuro de tiotropio. Presenta rinitis e hiperemia conjuntival persistente, astenia e hiporexia. Regular adherencia terapéutica por mala auto-percepción de los síntomas. Estudios complementarios: hemograma normal con eosinofilia 990/mm<sup>3</sup>; bioquímica, TSH y alfa1 antitripsina normales; IgE total 623kU/L, IgE Dermatophagoides pteronyssinus >100UI/ml, Dermatophagoides farinae 96.30UI/ml, rDer p1 >100; espirometría con FEV1 2,74L (78%), FVC 3,18L (85%); cannabis positivo en orina. Mejoría clínica tras refuerzo de adherencia terapéutica y abandono de drogas. Caso 2. Mujer, 12 años. Seguimiento por asma persistente grave. Asocia TDAH, obesidad y RGE. Estudios complementarios: hemograma normal; bioquímica, TSH, alfa 1 antitripsina y estudio de inmunidad normal; mantoux negativo; IgE total 589kU/L, IgE Lepidoglyphus destructor 95.3UI/ml, TACAR tórax normal; espirometría FEV1 2,83L (84%), FVC 3,03L (77%); pletismografía: TLC 4,35L (101,6%), VR 89%, difusión DLCO 87,1%. Mal control clínico pese a tratamiento escalonado con corticoides inhalados a dosis altas + LABA, tiotropio y omalizumab. Desde el inicio del curso asocia enuresis nocturna y ansiedad, reconociendo acoso escolar. Mejoría clínica tras pérdida de peso y seguimiento en Psiquiatría. **Discusión:** El abordaje del asma en el adolescente supone un reto debido a la elevada prevalencia de comorbilidades así como a las características socio-emocionales inherentes a este grupo de edad. Un mal control del asma conlleva no poder seguir el mismo ritmo de vida que el resto de sus compañeros, apareciendo sentimientos de tristeza y riesgo de bullying, perpetuando así la mala evolución de la enfermedad. Por ello, debe realizarse un seguimiento interdisciplinar para ofrecer un adecuado manejo integral.

### SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL EN EL ADOLESCENTE VARÓN. UNA CONSULTORÍA DE PREVENCIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Martínez Villares, AR.

*H. Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez Marianao  
La Habana Cuba*

**Resumen:** Habitualmente los programas de salud sexual y reproductiva se focalizan en la atención de la salud de las mujeres lo nos hace pensar que, en general, los hombres consultan menos que las mujeres en estos servicios. ¿Es el resultado de una dificultad inherente a los varones pues sus conductas y actitudes son acordes a las características de un modelo de masculinidad dominante?. ¿Es que no existen servicios de salud que consideren en su programación a la población masculina como un actor social relevante a la par de las mujeres? La equidad de género en materia de salud sexual y reproductiva exige políticas que garanticen que las mujeres y varones sean tratados

por igual por tener necesidades en común y en los casos en que sus vulnerabilidades sean diferentes se las aborde en forma equitativa.

**Objetivos:** Se creó una consultoría, de atención integral al adolescente varón, donde, desde una visión de equidad de género se hace prevención, para lograr un impacto positivo en la salud reproductiva.

**Objetivos específicos:** Caracterizar los adolescentes varones según edad, historia personal o familiar y datos positivos al examen físico. Capacitarlos para hacer el Auto examen del testículo, el pene y las mamas. Tratar desde el punto de vista clínico y quirúrgico a aquellos que presenten enfermedades testiculares, peneanas o mamarias que puedan influir en la futura salud reproductiva. Hacer promoción de salud abordando temas como sexualidad responsable, anticoncepción, embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, adicciones, violencia y maltrato a la pareja **Metodología:** Se mostrará un estudio de serie de casos con los pacientes que han acudido a la consulta de Salud Reproductiva del adolescente varón, previa voluntariedad del adolescente, evaluando las variables que se proponen en los objetivos, en el periodo comprendido entre abril del 2015 y abril del 2017, y así valorar eficacia del proyecto.

### ¿SON HOMOFÓBICOS LOS ADOLESCENTES CUBANOS?

Martínez Villares, AR.<sup>(1)</sup>; Hernández Martínez MC.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez";

<sup>(2)</sup>Facultad Victoria de Girón. La Habana: Cuba

**Introducción:** El término homofobia hace referencia a la aversión contra hombres o mujeres homosexuales. En la adolescencia acontecen serias y profundas transformaciones, donde las personas establecen su sentido de identidad individual. **Objetivo:** Identificar el grado de prevalencia de la homofobia en los adolescentes. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional descriptivo-transversal. El Universo estuvo constituido por 187 estudiantes de 10mo y 11no grado pertenecientes al Pre-Universitario "Aristides Viera González". **Resultados y Discusión:** Se observó un ligero predominio del sexo femenino con un total de 103 estudiantes (55,08%) sobre el masculino con un total de 84 estudiantes (44,91%). Las edades entre los encuestados fueron casi similares, el 70,5% de estudiantes consideran normales las relaciones entre homosexuales y el 75,6% de ellos se relacionan con homosexuales. Hubo un 19% de estudiantes que no consideran a los homosexuales como una buena influencia. El 81,36% de los estudiantes no rechazarían a un familiar si fuera homosexual. El 18,64% resultaron homofóbicos, en el 65,96% de los casos no hubo manifestación de homofobia y el 15,4% no estaban ni a favor ni en contra de la homosexualidad. **Conclusiones:** En el estudio predominó el sexo femenino con respecto al masculino y fue más frecuente la edad de los 16 años. La mayoría de los estudiantes se relacionan con homosexuales a pesar de que un por ciento bajo plantea de que son una mala influencia. Aunque el índice de homofobia es bajo en el estudio se sigue considerando que la homofobia aún predomina.

### ABUSO SEXUAL A MENORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Barrios Machain, U.; Guerrero Alzola, F.; Casas Rivero, J.;  
Salmerón Ruiz, MA.; Nieto Serrano, A.  
Hospital Infantil Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El abuso sexual contra niños y adolescentes (NyA) se entiende como la participación de éstos en actividades sexuales o el sometimiento a cualquier conducta sexual sin su consentimiento. En España entre un 10-20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia. El objetivo es conocer las ca-

racterísticas de los abusos sexuales en una Unidad de Medicina de la Adolescencia de un hospital terciario. **Materiales y Métodos:** Se recogen de forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de abuso sexual en una Unidad de Medicina de la Adolescencia de un hospital terciario acontecido los últimos 3 años. Se excluye grooming, sexting y las relaciones "consentidas" entre un menor de edad mayor de 13 años y un mayor de edad en el contexto de una relación sentimental.

**Resultados y Conclusiones:** Se recogen 20 pacientes, siendo el 95% mujeres. Dos de las pacientes sufrieron maltrato sexual siendo menores y mayores de 13 años por distintos agresores.

		<13 AÑOS (N=15) 68%	≥ 13 AÑOS (N=7) 22%
Relación con el agresor	Padre	33%	-
	Familiar/amigo/profesor	67%	71%
	Desconocido	-	29%
Persona a la que la víctima cuenta el abuso	Madre	54%	57%
	Personal sanitario	33%	43%
	Otros (diario, w.app)	13%	-
¿Hubo violencia?	Sí	27%	57%
	No	60%	43%
	No podemos precisar	13%	-
¿Hubo penetración	Sí	53%	43%
	No	33%	57%
	Desconocido	14%	-
Psicopatología asociada	Sí	73%	85%
	Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)	20% (3 casos)	57% (4 casos)
	Ansiedad/depresión:	53% (8 casos)	85% (6 casos)
	• Autolesiones	37% (3 casos)	33% (2 casos)
	• Intento autolítico	25% (2 casos)	-
Otros	33%	14%	

- En nuestra casuística se observa cómo en los menores de 13 años el padre es frecuentemente el abusador, mientras que en los mayores de 13 años el padre no lo es en ningún caso registrado. - Asimismo, el personal sanitario puede ser un receptor de estas confidencias, por lo que debemos estar en disposición de escucha y atentos. - El trauma psíquico que experimentan estos pacientes se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor. Como muestra esta pequeña serie de casos donde la psicopatología es frecuente, especialmente la ansiedad, depresión y TCA.

### PROGRAMA "FORMA JOVEN". REVISIÓN DE UNA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR JUVENIL

Navarro Domínguez, M.; Guisado Rasco MC.;  
Candón Ballester M.; Rodríguez Yoldi M.

Centro de Salud Mercedes Navarro. Distrito Sanitario de AP Sevilla.

**Introducción:** El Programa Forma Joven está dirigido a adolescentes entre 12 y 18 años, desarrolla áreas fundamentales como estilos de vida saludables, sexualidad y relaciones afectivas, salud mental y convivencia. Entre sus objetivos destacan la promoción de la salud y favorecer la elección de conductas saludables. **Objetivos:** Los objetivos en el área de sexualidad y relaciones afectivas son: \* Promover relaciones sanas, seguras, satisfactorias y en igualdad. \* Prevenir embarazos no deseados \* Evitar infecciones de transmisión sexual (ITS).

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de las consultas a demanda realizadas en nuestras consultas de planificación juvenil desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, exceptuando los periodos vacacionales donde se suspenden los programas de salud. **Resultados:** Hemos revisado 35 historias de salud de adolescentes con una media de EDAD de 16.5 años. La FRECUENCIA de las relaciones sexuales es entre 1-3 de relaciones por semanas. El MÉTODO ANTICONCEPTIVO preferido por las jóvenes es la terapia hormonal, siendo los anticonceptivos orales (ACHO) los de primera elección (57%). Un 36% refiere el uso de preservativo y un 6% utilizaban el coito interruptus como método anticonceptivo. El HÁBITO TABÁQUICO no estaba registrado en 24 de las historias revisadas (68,5%), y el 28% de las mujeres que toman ACHO refieren fumar al menos 5 cigarrillos al día. Respecto al número de EMBARAZOS, una adolescente con uno y otra con dos. Una solicitud de PÍLDORA POSTCOITAL registrada. El RIESGO DE ITS solo estaba registrado en 14 pacientes (37.4%) y de éstas solo una era de alto riesgo. **Conclusiones:** 1.- La edad media de las adolescentes que acuden a planificación familiar es de 16,5 años. 2.- El método anticonceptivo de elección son los ACHO, seguidos del preservativo. 3.- Es importante el registro en la historia de salud del hábito tabáquico debido a la relación entre el tabaco y la aparición de eventos adversos en las mujeres que toman ACHO. 4.- La información a nuestros adolescentes en este campo es fundamental para que puedan tener prácticas sexuales responsables y prevenir así los riesgos como el embarazo no deseado o ITS.

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DETECCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO QUE AFECTAN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE NUESTRO CENTRO

Fuentes Lloveras, A.; Mazo Ancochea, MV; Pérez Manyà, N.; Uriach Timoneda, V.; Jiménez Muñoz, B.

*CAP Roger de Flor. EAP Dreta Eixample. Barcelona*

**Introducción:** Las violencias de género (VG) son una problemática que afecta gravemente a la población, causando un importante aumento de morbimortalidad. Existen pocos datos epidemiológicos en adolescencia. En el "Plan de intervención con adolescentes que viven relaciones afectivas-sexuales abusivas del 2015" realizada por los servicios sociales de nuestra ciudad proponen la creación de guías de detección/actuación frente las VG. **Objetivo:** Inicialmente se realizó un estudio descriptivo para conocer el grado de conocimiento/sensibilidad de los/las profesionales en relación a la detección/actuación frente la VG en adolescentes atendidos en un centro urbano que da cobertura 48.000 habitantes. Posteriormente, se elaborará una guía para la detección/actuación frente VG para ofrecer una respuesta adecuada. **Material y Métodos:** Análisis descriptivo de una encuesta anónima sobre VG en adolescentes realizada ad hoc para este estudio, estructurada en 3 dimensiones: construcción social del amor (CSA), construcción social del género (CSG), valoración VG (VVG). Muestra: todos los/las profesionales de los estamentos del CAP con trato con pacientes de 15-18 años: personal sanitario (PS), personal administrativos (PA), trabajo social (TS), resto profesionales (RP). **Resultados:** N=59 (78,6% del total profesionales). Para garantizar la confidencialidad no se registró edad ni sexo. Estamento profesionales: PS (62,7%), PA (18,6%), TS (3,4%), RP (15,3%). Años ejercicio (media):12,9(DS: 8,36).Rango:2-39 El 61,8% del personal cree que las VG causan más morbimortalidad que la muerte súbita recuperable con RCP, por lo contrario el 82,5% ha recibido >1 formación en RCP y únicamente el 19% ha recibido >1 formación en VG (27,6% ha asistido a 1). Respuestas correctas dimensión CSA (media): PS: 11,2(DS: 2,90), PA: 12,3(DS: 2,70), TS: 15(DS:

1,41), RP: 8,22(DS: 4.65). Análisis entre medias (ANOVA) de TS/RP (p=0.008). Respuestas correctas dimensión CSG (media): PS: 15,8(DS: 2,31), PA: 13,5(DS: 2,11), TS: 18(DS: 1,41), RP: 13,5(DS: 3.28). Todas las diferencias de puntuación entre grupos (ANOVA) estadísticamente significativas (p=0.005). Respuestas correctas dimensión VVG(media): PS:16,2(DS:2,90), PA:15(DS:2,75), TS:20(DS:0,70), RP:15,5(DS:2.78).Diferencias entre grupos (ANOVA)(p=0,085). Respuestas correctas según nº formaciones VG (media): 0 formaciones: 44,74, 1formación:45,56, >1formación:51,73. El 96,6% querría recibir formación en detección/actuación frente VG. **Conclusiones:** La encuesta realizada entre profesionales del CAP sobre el conocimiento/sensibilidad en relación a las VG en adolescentes, muestra buenos resultados globales, siendo Profesionales TS los que puntúan mejor, seguidos de PS y PA. Los/las profesionales del centro quieren recibir formaciones para la detección/actuación frente a las VG. Precisamos elaborar una guía de actuación transversal (socio-sanitaria, legal y comunitaria) para poder responder adecuadamente a las VG en adolescentes.

### ADOLESCENTE PLURIPATOLÓGICO: UNA LLAMADA DE SOCORRO

Acebes Puertas, R; Sanz Fernández, M; Fierro Urturi, AM.

*Centro de Salud Pisuerga (Valladolid)*

**Introducción:** El adolescente con patología orgánica y social es un reto para el médico al poder derivar en intento autolítico.2. **CASO CLÍNICO:** Anamnesis Paciente de 13 años pluripatológico: • Familia desestructurada: padre alcohólico encarcelado por violencia de género. • Víctima de acoso escolar. • Patología psiquiátrica: bulimia y depresión moderada-grave con intento autolítico. • Sobrepeso. Acude a urgencias con incoordinación motora, inestabilidad, lenguaje lento y escasa reacción a estímulos. Exploración física SNC: Glasgow 13 (O3, V4, M6). Somnoliento, con apertura ocular al dolor, obedece lentamente órdenes. Orientado. Habla lentamente. Pares craneales N. Ataxia. Nistagmo (-). ROT presentes. Fuerza y sensibilidad de extremidades conservada. Resto de exploración por aparatos N. Exploraciones complementarias Analítica sanguínea: gasometría venosa (N), iones (N), etanol en plasma (N). Tóxicos en orina: Benzodiazepinas (+). TAC craneal y EEG N. **Diagnóstico:** Diagnóstico diferencial: 1. Convulsión previa. Estado post-crítico. 2. Infección del SNC. 3. Disfunción del SNC: intoxicación 4. Lesión intracraneal: traumatismo, lesión ocupante de espacio Tratamiento de soporte con mantenimiento de vía aérea permeable y ventilación adecuada. Flumazenil no necesario si vía aérea permeable, ventilación adecuada y estabilidad hemodinámica. Monitorización cardio-respiratoria continua incluyendo capnografía (dg. precoz de hipoventilación): posible depresión respiratoria. Evolución Recuperación completa en 1 hora. Se realiza intervención social y sanitaria diversa: Se programan visitas supervisadas con el progenitor. Nueva adopción de medidas de supervisión en el centro escolar. Se programa cambio de centro para el nuevo curso escolar. Controles cada 15 días en A.P. donde se sigue un control dietético y se valora emocionalmente al paciente. Valoración mensual por Psiquiatría Infantil: - Psicoterapia para tto depresión y bulimia - Antidepresivos orales: Fluoxetina 15mg/d (al no existir respuesta a terapia psicológica tras 4 sesiones y depresión severa). **Discusión:** En la actualidad la patología social en el adolescente es tanto o más importante que la orgánica y el médico debe aprender a reconocerla y tratarla.

### ¿ARTE O SALUD? LAS PRÁCTICAS ARTÍSTICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

García Martín, R.; Siles Moriana, S.; Álvarez Sánchez, B.;

Rosa Lorenzo, C.; Nieto Ocaña, E.

*CMS Villaverde Madrid*

**Introducción:** -Se detecta la necesidad de trabajar contenidos relacionados con la salud, con niños/niñas y adolescentes que participan en campamento urbano de Secretariado Gitano durante el mes de Julio de 2017. Se diseñan talleres en los que se conjuga el arte y la salud para buscar nuevas metodologías de trabajo. **Objetivos:** -Trabajar hábitos saludables para la mejora de su salud integral. -Sensibilizar a sus familias sobre la necesidad de que sus hijos/as tengan hábitos de vida saludables. **Material y métodos:** -Diversos materiales utilizados desde cajas, papel, cartón, pegamento, etc hasta azúcar, materiales audiovisuales, música para el baile, push up, gomas elásticas, etc. -Metodología participativa, reflexiva y basada en las artes. -Recursos humanos: monitoras, monitor de baile, jóvenes del barrio que hacen calistenia, becaria de Arte y médica y enfermera de Centro de Prevención y Promoción de la salud. **Resultados:** -La mayoría de los niños y niñas mejoraron sus hábitos relacionados con la alimentación, el ejercicio. -Se establecieron normas y límites para la convivencia durante las actividades que en su mayor parte respetaron. -Construcción de un espacio común de trabajo entre las entidades involucradas en el diseño del proyecto. **Conclusiones:** -El uso de nuevas metodologías a través de prácticas artísticas ha fomentado la participación de la población diana de los talleres y de los/as profesionales implicados en el proyecto. -Ha impulsado el desarrollo de la conciencia crítica en torno a los hábitos saludables.

#### LAS HERIDAS TORACO-ABDOMINALES PENETRANTES POR OBJETO PUNZO-CORTANTE (ARMA BLANCA). CONSIDERACIONES TENIENDO EN CUENTA EL INCREMENTO DE LA VIOLENCIA EN LOS ADOLESCENTES CUBANOS

Martínez Villares, AR.

*Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba.*

**Resumen:** El cirujano pediátrico -intensivista, está habituado a tratar a lactantes y niños. Superar la barrera asistencial de los 15 años, ha planteado algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va creciendo, hasta llegar a los 18 años, edad pediátrica máxima, vigente en nuestro país. La atención a los adolescentes involucrados en actos de violencia y demás lesiones intencionales constituyen un reto al personal médico que debe realizarla, contando que la mayoría de estos pacientes son sujetos sanos antes del evento traumático y deben incorporarse lo antes posible y de la mejor manera a la vida social. El aumento de la violencia y la indisciplina social y las lesiones que desde la urgencia nos vemos obligados a enfrentar, hacen que debamos estar preparados para este tipo de eventos que antes no eran frecuentes en Pediatría. Pretendemos con este trabajo caracterizar los adolescentes con lesiones penetrantes toraco-abdominales que han necesitado atención quirúrgica y cuidados intensivos, en un periodo de 10 años en el Centro de referencia para el trauma Pediátrico, en La Habana. Cuba.

#### EL ADOLESCENTE LESIONADO GRAVE.... UN RETO AL CIRUJANO PEDIÁTRICO

Martínez Villares, AR.

*Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba.*

**Resumen:** El cirujano pediátrico está habituado a tratar a lactantes y niños, y superar la barrera asistencial de los 14 años planteo algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años hasta llegar a los 18, edad pediátrica máxima, que existe en nuestro país, para las enfermedades agudas y crónicas. El fenómeno de la violencia es entendido como un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que se caracteriza por tener

un efecto multiplicador y expansivo que no solo afecta a las víctimas, sino a la sociedad en pleno. Un aspecto que se observa con creciente preocupación es la violencia (asaltos, robos a mano armada, atentados contra la propiedad, peleas, homicidios y suicidios), y que es un problema que requiere de una adecuada y urgente atención por parte de padres, maestros y todos los que trabajamos con estas edades para sembrar una cultura duradera y prevenir la violencia. La atención a los adolescentes involucrados en accidentes de tránsito y demás lesiones intencionales o no, que pueden aparecer en este grupo etario constituyen un reto al personal médico que debe realizarla, contando que la mayoría de estos pacientes son sujetos sanos antes del evento traumático y deben incorporarse lo antes posible y de la mejor manera a la vida social. Ponemos a su disposición una revisión de las principales lesiones graves en adolescentes, que han sido diagnosticadas y tratadas en los últimos 10 años en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, Centro de referencia para la atención al paciente politraumatizado, y que por su magnitud han necesitado Cuidados Intensivos.

#### ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ: UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE ÚLCERAS GENITALES EN ADOLESCENTES

Aboza García, MR.; Pareja Bosh, A.; Martín Blázquez, JL.

*H. Virgen del Rocío Sevilla*

**Introducción:** La úlcera de Lipschütz es una entidad descrita a comienzos del siglo pasado consistente en la aparición de úlceras agudas vulvares en adolescentes mujeres de causa no venérea y en la que no se puede encontrar tampoco una causa no venérea claramente identificable. Es por tanto un diagnóstico de exclusión. Es una entidad con una incidencia baja y por tanto poco conocida, causa de que pueda ser una patología infradiagnosticada en el adolescente en edad pediátrica. **Caso Clínico:** Mujer de 11 años que acude al servicio de urgencia por aparición aguda una úlcera genital que inicialmente producía prurito y que en la actualidad produce dolor. Presenta previo a la aparición de la úlcera cuadro de fiebre de hasta 39,5°C, cefalea y odinofagia. La paciente niega relaciones sexuales previas. No ha presentado menarquía. No aftas en otras localizaciones ni clínica sistémica recurrente. A la exploración se objetiva faringe hiperémica con exudado amigdalar izquierdo adenopatías laterocervicales rodaderas de mediano tamaño e inguinales bilaterales. Úlcera única en el lado izquierdo de la horquilla posterior de los labios menores, con fibrina y escaso edema circundante. Se realizó analítica general con transaminasas, PCR y VSG. Se realiza sedimento de orina, frotis faríngeo y de la lesión genital y serología para VIH, lúes, VEB, CMV, VHS tipo 1 y 2 no aportando una etiología evidente. Se trató con antiinflamatorios orales y tópicos con evolución hacia la resolución completa en 2 semanas sin dejar cicatriz. **Discusión:** El diagnóstico de este tipo de úlcera es fundamentalmente clínico y de exclusión ya que es necesario descartar la etiología infecciosa de la misma o que esté relacionada con una enfermedad sistémica (Enfermedad de Behçet, enfermedad de Crohn...) Aunque se ha relacionado con la primoinfección por VEB en nuestro caso no se ha podido identificar un patógeno con el que relacionarlo, lo que es habitual en los casos descritos en la bibliografía. Dada la baja incidencia es necesario un alto grado de sospecha para no infradiagnosticar esta patología.

#### SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL EN UN ADOLESCENTE

Simões, AS.; Fernandes, C.; Luz, A.; Moleiro, P.

*H. Santo André, Leiria Coimbra Portugal*

**Introducción y objetivos:** Los adolescentes sexualmente activos tienen un mayor riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual

(ITS) por la combinación de factores conductuales, biológicos y culturales. Describimos un caso clínico de una infección por *Neisseria gonorrhoeae* en un adolescente. **Caso clínico:** Adolescente de 17 años, sexualmente activo, observado en un Servicio de Urgencia Pediátrica por prurito peneano, disuria y secreción uretral amarilla, con una semana de evolución. Sin fiebre, úlceras o vesículas anogenitales. A la observación fue objetivada secreción uretral amarilla, espesa y sin olor característico. Se estableció una terapia empírica con cefixime 400mg per (po), azitromicina 1g po y metronidazol 2g po, dosis única. De la investigación complementaria realizada se destaca el examen bacteriológico y la amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) del exudado anogenital positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Serologías para el VIH, VHC, VHB y VDRL negativas. En D7 post-tratamiento, se mantuvo sin relaciones sexuales y con persistencia de la disuria, habiendo sido realizada prueba de cura que fue positiva para *N. gonorrhoeae*. Hizo azitromicina 1mg PO y ceftriaxona 250 mg IM, dosis única, con control de curación posterior negativo. Mantuvo seguimiento en consulta con enfoque en la educación sexual y control serológico de las restantes ITS. **Discusión:** La infección gonocócica es la segunda ITS más documentada a nivel mundial, con un aumento reciente del 5,2% en adolescentes de 15 a 19 años. Su identificación y tratamiento tempranos reducen la transmisión en la comunidad. La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente. Se han descrito resistencias a las cefalosporinas de tercera generación, como el cefixime. El fallo terapéutico, debe ser considerado cuando hay persistencia de síntomas y una prueba de curación positiva, habiendo las relaciones sexuales sido suspensas, como en el caso clínico anteriormente mencionado.

### ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS: UNA PATOLOGÍA TAMBIÉN PRESENTE EN ADOLESCENTES

Pérez España, A.; Bellón Alonso, S.; Gallardo Padilla, P.; Bracamonte Bermejo, T.; Echeverría Zudaire, LA.

*H. Clínico. U. Valladolid*

**Introducción:** La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, conocida como *FPIES* (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome), es un tipo de hipersensibilidad alimentaria no IgE mediada, poco conocido, que afecta principalmente a lactantes y escolares, persistiendo en algunos casos durante la adolescencia. Cursa con vómitos profusos y diarrea, con afectación del estado general, pudiendo desembocar en shock. La leche es el alimento más frecuentemente implicado ganando cada vez más importancia el pescado. El diagnóstico suele retrasarse debido a la ausencia de síntomas clásicos de alergia IgE. No existen biomarcadores diagnósticos específicos, por lo que la provocación oral con el alimento implicado es el gold estándar aunque ésta puede evitarse cuando hay antecedente de cuadros graves o reiterados e historia clínica compatible. El tratamiento, basado en fluidoterapia endovenosa, debe ser precoz. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de *FPIES* en nuestro hospital del 2000 al 2017. Describimos porcentaje de pacientes adolescentes, alimentos implicados, pruebas diagnósticas realizadas y tolerancia actual a dichos alimentos. **Resultados:** De los 30 pacientes diagnosticados de *FPIES*, 5 (16,7%) han superado actualmente la enfermedad. Entre los 25 pacientes restantes (83,3%), 4 (16%) son adolescentes. La proporción de varones/mujeres es 3:1. El pescado ha sido el alimento implicado en 3 de ellos (75%); el caso restante se trata de un *FPIES* por gluten (25%). Todos presentaron pruebas cutáneas e IgE específica en suero negativas. Se realizó prueba de provocación oral con resultado positivo en 4 de ellos, presentando vómitos repetidos, palidez cutánea

y decaimiento intenso y en uno de ellos, además, diarrea. La clínica se resolvió en las siguientes 24 horas. **Conclusiones:** El *FPIES* precisa de un diagnóstico precoz para evitar cuadros potencialmente graves. A diferencia del *FPIES* inducido por proteínas de leche de vaca, en el *FPIES* por pescado la adquisición de tolerancia suele ser más tardía persistiendo hasta la adolescencia o edad adulta, como se presenta en nuestra serie. Incidir en el conocimiento de la enfermedad de los adolescentes y en la evitación de trasgresiones dietéticas resulta imprescindible dado el grado de autonomía que éstos alcanzan en esta etapa de su vida.

### TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON BASE ORGÁNICA

Amaya Lautz, A.; Valero Flores, N.; Violadé Guerrero, F.  
*H. Virgen del Rocío Sevilla*

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria son relativamente frecuentes en la adolescencia, pero ante la sospecha de uno de ellos con afectación nutricional significativa, no podemos conformarnos y debemos descartar patología orgánica subyacente. **Caso clínico:** Anamnesis: Niña de 12 años que ingresa por desnutrición grave y sospecha de TCA. Refiere inapetencia de 5 meses de evolución con pérdida de peso de 10 kilogramos. Refiere menor apetito, cefalea frontal y dolor abdominal periumbilical de tipo cólico que cede sin analgesia y tras evacuación fecal. No despertares ni sudoración nocturna. No fiebre. No exantemas, no artralgias/artritis. Alterna heces formadas con heces blandas, no voluminosas, no dolorosas y sin productos patológicos. Es valorada y seguida por Salud Mental. Refiere que deja de comer por saciedad. No claro rechazo de la imagen corporal. Los familiares refieren disminución del apetito de forma gradual, sin acontecimiento desencadenante. No refieren astenia, sí conducta más ansiosa. **Exploración:** Ligera palidez cutánea, no de mucosas. Escaso pániculo adiposo. No adenopatías. ACP: normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos intestinales presentes. Peso: 34 kg (P14). Talla: 157.5 cm (P83). IMC: 13.71 kg/m<sup>2</sup> (P4). Índice de Waterlow (peso): 66.86%. Índice de Waterlow (talla): 103.78%. Índice Nutricional (Shukla): 72.48%. Pruebas complementarias: Hemograma: Trombocitosis (616x10<sup>9</sup>/mm<sup>3</sup>). Serie roja y blanca normales. PCR: 41,9 mg/L. VSG 25 mm/h. Proteinograma: Albúmina 2,9 g/dl. Prealbúmina 12,3 mg/dl. Inmunoglobulinas normales. Calprotectina: >2100 mcg/g. Sangre oculta: Positiva. Resto de pruebas complementarias normales. **Evolución:** Ante los resultados de las pruebas complementarias iniciales sugerentes de patología orgánica, se realiza gastrocolonoscopia con resultados compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. Se inicia inducción a la remisión con nutrición enteral exclusiva, adecuadamente tolerada por vía oral y con ganancia ponderal durante el ingreso. Se acuerda alta domiciliaria y control ambulatorio, pendiente de iniciar tratamiento de mantenimiento. **Diagnóstico:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal (confirmada posteriormente por histología). **Discusión:** El interés de este caso es que la paciente se ingresó por la desnutrición que presentaba por un supuesto TCA, no por una sospecha inicial de patología orgánica.

### SÍNCOPE EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO, LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Galiano Ávila, C.; Portillo Márquez, M.; Real Terrón, R.  
*Hospital de Mérida*

**Introducción:** El síncope en la adolescencia es una patología importante por su frecuencia (hasta un 50% ha presentado al menos un

episodio) y su dificultad a veces para llegar a un diagnóstico claro. La mayoría son de etiología benigna, siendo el más frecuente el síncope vasovagal (85% de ellos) ocasionado por hipoxia cerebral secundario a los cambios posturales o la bipedestación prolongada. En algunos casos la sintomatología es similar a la epilepsia, de ahí la importancia del diagnóstico diferencial. **Caso clínico:** Niña de 13 años con antecedente personal de síndrome QT largo congénito tipo 1 en tratamiento con nadolol (40 mg en toma única matutina) que inicia cuadros repetidos (un episodio al mes) de cefalea, mareo y palidez facial seguidos de pérdida brusca de tono y conocimiento junto con una somnolencia posterior muy prolongada, logrando la recuperación completa a las 2 horas del inicio del cuadro. En algunos episodios presenta clónias de miembros. Se realiza estudio cardiológico completo normal en repetidas ocasiones, así como electroencefalograma de vigilia normal. Dado sus antecedentes se coloca un Holter implantable, sin registrar arritmias ni otras anomalías del ritmo cardíaco, con frecuencias cardíacas normales durante los episodios. Ante la dificultad de descartar completamente una epilepsia se solicitó video-electroencefalograma (aún pendiente de realizar). En este punto, y tras excluir la posible causa cardiogénica, se realizó el test de mesa basculante, que resultó positivo a los 15 minutos con caída de presión arterial (vasopresor puro) sin modificaciones significativas de la frecuencia cardíaca. **Discusión:** En nuestro caso presentamos una niña con un síndrome QT largo congénito con síncope de repetición por lo que lo más importante, dado su pronóstico vital y tratamiento, era descartar la causa cardiogénica (síncope secundarios a arritmias cardíacas). La clínica con características también compatible con una epilepsia y atípica para un síncope vasovagal por la prolongada recuperación posterior dificultaron el diagnóstico diferencial. En base a los estudios complementarios fue diagnosticada de hipotensión ortostática y síncope vasovagal. Se decidió pautar la dosis de betabloqueante en dos tomas diarias y se aconsejaron medidas de prevención ante ortostatismo, sin nuevos episodios.

#### PROGRAMA DE TRANSICIÓN DESDE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA A LA MEDICINA DEL ADULTO: "CONDUCE TU SALUD"

Vicente Calderón, C.; Martínez Jimenez, V.;  
Piñero Fernández, JA.; Sánchez Saucó, MF;

Grupo de transición (Saura Luján IM.; de los Reyes García Terres J.;  
Luján Villaseca R.; Gambín Caja I.; Rodríguez EM.

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.*

**Introducción:** El paso del paciente pediátrico a un servicio de adultos no está bien organizado y en la mayoría de los hospitales es un simple traslado de expediente. Además sucede en una etapa crítica como es la adolescencia. **Objetivo:** Presentar el diseño del programa de transición de Nefrología: "Conduce tu salud" elaborado en un hospital de tercer nivel, resaltando la importancia del abordaje multidisciplinar y los cuestionarios utilizados incluyendo los aspectos psicosociales y ambientales. **Materiales y Métodos:** Los pacientes incluidos son adolescentes seguidos en la consulta de nefrología pediátrica y comienzan a partir de los 15-16 años. Se realiza valoración médica conjunta (nefrólogo pediatra y de adultos), se utiliza un cuestionario (conduce tu salud) que tiene tres versiones evolutivas (bicicleta, moto y coche). Realizamos valoración psicosocial y medioambiental (hábitos tóxicos, salud sexual, redes sociales). El proceso de transición finaliza tras haber alcanzado el último nivel evolutivo y el equipo interprete que el paciente está preparado para el cambio. **Resultados:** Han iniciado el programa de transición 45 pacientes. La edad media de inclusión ha sido de 16 años. La mayoría

tienen buen conocimiento de su enfermedad pero poca autonomía y autocuidado. El 85% utilizan un red social, hemos detectado un 20% de problemas psicosociales ("cutting", alcoholismo familiar, baja autoestima...). En el último año un 20% ha fumado, un 70% ha tomado alcohol y un 10% marihuana. **Conclusiones:** El programa "conduce tu salud" establece un proceso planificado, coordinado y multidisciplinar que se realiza de forma individualizada, progresiva y consensuada con el paciente, la familia y el equipo médico. Este permite una adecuada transferencia de una unidad pediátrica a una de adultos. Los diferentes cuestionarios permiten evaluar la madurez del paciente y abordar diferentes esferas que pueden afectar a su enfermedad.

#### ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO: ¿POR QUÉ ES MÁS FRECUENTE EN LA ADOLESCENCIA?

Pérez España, A.; Marcos Temprano, M.; Gacimartín Valle, P.;  
Carranza Ferrer, J.; Justo Vaquero, P.

*H.C.U. Valladolid*

**Introducción:** El incremento gradual de prácticas deportivas conforme avanzan las etapas del desarrollo junto con la alta prevalencia de la patología alérgica, ha supuesto la aparición de síndromes de trasfondo alérgico, que sólo se manifiestan con el ejercicio. Destaca la anafilaxia inducida por ejercicio (AIE), cuyo único factor físico desencadenante es el ejercicio pero existen cofactores que aumentan la reactividad a un determinado alérgeno alimentario actuando como inductores de la anafilaxia. Entre estos cofactores encontramos fármacos (AINES), alcohol, menstruación o estrés emocional. **Caso clínico:** Varón de 12 años con antecedente de asma y urticaria inducida por ejercicio y SAO con leguminosas. Dieta de exclusión de frutos secos y legumbres. Pruebas cutáneas previas positivas para lenteja, guisante y cacahuete, negativas para resto de legumbres, frutos secos y soja. En el último año presentó dos episodios consistentes en hiperemia conjuntival, rash facial, angioedema labial y palpebral, abdominalalgia, náuseas, disnea, opresión torácica y mareo, que iniciaron media hora después de comenzar a montar en bici, tras una hora de ingerir salsa de soja. Precisó adrenalina intramuscular, corticoide y antihistamínico sistémico y salbutamol inhalado. Un año antes había sufrido dos episodios de idénticas características tras ingesta de chocolate con trazas de frutos de cáscara y coincidiendo con realización de ejercicio. En ninguno de los casos utilizó el autoinyector de adrenalina a pesar de estar instruido en su uso. Triptasa sérica: 7ug/l. Espirometría basal normal. Prick positivo a guisante, lenteja, garbanzo, cacahuete, judía blanca y soja. IgE total 89kU/l. Guisante 44.2UI/ml, lenteja 43.6UI/ml, garbanzo 44.3UI/ml, cacahuete 11.2UI/ml, soja 9.85UI/ml, avellana 1.1UI/ml, judía blanca 0.66UI/ml. Se indicó evitación de leguminosas y realización de ejercicio 4-6 horas tras la ingesta. **Discusión:** Las características socio-emocionales así como el incremento en la ingesta de alcohol o AINES y la práctica de deportes entre los adolescentes, facilitan el desencadenamiento de anafilaxia en pacientes predispuestos. Para evitar cuadros potencialmente graves es imprescindible incidir en la identificación y en la evitación de los alimentos y cofactores implicados y sobretodo en la educación sobre el uso del autoinyector de adrenalina.

#### PÉRDIDA DE PESO Y VÓMITOS, ¿TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Gómez-Carpintero García, A.; Ceñal González-Fierro, MJ.; Gómez de Pablos Romero, M.; Román Gómez, M.; Bermejo Gómez, A.

*Hospital Universitario de Móstoles*

**Introducción:** Los vómitos son un motivo de consulta frecuente e incluyen un diagnóstico diferencial muy amplio desde alteracio-

nes digestivas a trastornos neurológicos, endocrinos, psicógenos, etc. Una causa grave es la presencia de hipertensión intracraneal.

**Caso clínico:** Niña de 11 años que acude a Urgencias tras realizar 8 vómitos de contenido alimenticio, en horas. Lleva 3 meses realizando vómitos diarios (sin patrón claro y sin ocultarlos), se acompañan de dolor abdominal, que empeora con la ingesta y mejora con la deposición (no cambios con el omeprazol). No pirosis. Ha perdido 7 kilos durante este tiempo, ha disminuido la ingesta por miedo a vomitar. Cefalea ocasional. Presenta exploración física normal. Se realiza analítica completa, tránsito gastroesofágico, ecografía abdominal, fondo de ojo, ACTH, cortisol, perfil tiroideo, FSH y LH, estando todas las pruebas dentro de la normalidad. Se realiza interconsulta a psiquiatría para descartar trastorno de la conducta. Durante el ingreso realiza un vómito (asociado a la realización del tránsito). Ante la duda, se solicita una resonancia craneal, en la que se observa una tumoración infratentorial sólido-quística de 5cm en vérmix cerebeloso (compatible con astrocitoma pilocítico) con hidrocefalia triventricular y edema transependimario. Se traslada a neurocirugía.

**Discusión:** Siempre se debe descartar una causa orgánica antes de diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria. Los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) representan el segundo tipo de cáncer más frecuente en niños (el primero si hablamos de tumores sólidos), sólo por debajo de las leucemias. La mortalidad se aproxima al 30%, siendo los tumores infantiles con más morbimortalidad. Los astrocitomas representan el 40% de los tumores del SNC en niños, siendo la variedad más frecuente el pilocítico, típicamente localizado en cerebelo. El diagnóstico se realiza mediante la resonancia magnética donde se observa un nódulo en el interior de una masa quística. La clínica se suele presentar como 3-6 meses de ataxia de extremidades (a diferencia del meduloblastoma que da ataxia troncal) asociado a síntomas de hipertensión intracraneal. El abordaje terapéutico de estos tumores es multimodal, siendo la cirugía con resección completa de elección.

### RINORREA Y PROPTOSIS OCULAR EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE LEUCEMIA AGUDA BIFENOTÍPICA

Gil Cardona R.; Lebrón Martín J.; Llampén López M.

*H. U. Virgen del Rocío Sevilla*

**Introducción:** Dentro de la población pediátrica y adolescente, el cáncer cobra una relevancia excepcional al ser la primera causa de muerte por enfermedad. A pesar de las altas tasas de curación, la vigilancia debe mantenerse, ya que puede reaparecer de forma totalmente inesperada. **Caso clínico:** Paciente de 13 años que presenta rinorrea clara persistente y obstrucción nasal, así como dos episodios de epistaxis autolimitados coincidiendo con realización de piercing en el septo nasal. Tras aproximadamente dos semanas, sus familiares perciben proptosis de ojo derecho. No refieren fiebre, pérdida de peso, sudoración ni dolor óseo. Sí cefalea ocasional, autolimitada. Como antecedentes personales, la paciente sufrió una leucemia aguda bifenotípica a los 6 años de edad que requirió trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical no emparentado, en resolución en el momento de la consulta. **Exploración:** proptosis de globo ocular derecho con desviación del mismo hacia región temporal, edema palpebral inferior y leve limitación de la elevación de la mirada. El fondo de ojo es normal y en la rinoscopia se objetiva una masa en fosa nasal derecha a 0,5-1 cm de la narina. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales salvo discreta elevación del ácido úrico. LDH, VSG, PCR y ferritina en rango. Frotis de sangre periférica: sin hallazgos.

Pruebas de imagen: se llevan a cabo TC y RM craneal, objetivándose masa con epicentro en fosa nasal derecha con remodelación y destrucción ósea que se extiende a órbita derecha y presenta componente intracraneal (diámetro aproximado de 7x3.8x4 cm). El PET no muestra indicios de enfermedad diseminada. Aspirado de médula ósea: no se objetivan linfoblastos B patológicos ni otras alteraciones mieloides. Anatomía patológica: marcadores compatibles con neuroblastoma olfatorio. **Discusión:** El neuroblastoma olfatorio o esteseoneuroblastoma es un tumor maligno raro que se origina en el bulbo olfatorio. A diferencia de la población adulta, los muy anecdóticos casos entre niños y adolescentes presenta un buen pronóstico con excelente respuesta a tratamiento combinado con cirugía y quimioterapia.

### PATOLOGÍA ÓSEA EN EL ADOLESCENTE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Iglesias Barroso, M.; Díaz Fernández, F.; Martín Talavera, M.;

Jiménez Cabeza, S.; Martínez Fernández, M.

*H.I. Virgen del Rocío*

**Introducción:** Las infecciones óseas tienen una incidencia de 4-10/100.000 niños. Aunque esta patología presenta un pico en la primera década (la mayoría de los casos en menores de 3 años), debemos sospecharla ante clínica sugerente en pacientes adolescentes. A continuación abordamos el diagnóstico diferencial entre la patología ósea infecciosa y la tumoral a propósito de un caso. **Paciente de 11 años con síndrome de Williams-Beuren que acude a urgencias por impotencia funcional de miembro inferior izquierdo tras caer de una escalera.** Como antecedentes personales destacan otitis media supurativa en semana previa a episodio actual, linfoma de Burkitt abdominal en remisión y estenosis valvular pulmonar sin repercusión hemodinámica. A la exploración se aprecia inflamación y eritema en maléolo tibial y tercio distal de tibia. Se realiza radiografía de miembro afecto en la que no se visualizan hallazgos patológicos. Tras tres semanas con férula suropédica y tratamiento con AINES se reevalúa al paciente que presenta marcada inflamación de partes blandas. Se solicitan nuevas pruebas de imagen (Rx y TAC) en las que se observa patrón apolillado con destrucción de la cortical y se extrae analítica (recuento y fórmula leucocitaria normal PCR 7,1 mg/ dl). Ante los hallazgos en las pruebas complementarias y teniendo en cuenta los antecedentes del paciente se plantea diagnóstico diferencial entre sarcoma de Ewing, osteomielitis, granuloma eosinófilo y osteosarcoma y se decide ingreso para estudio. Durante su estancia en planta se realiza seguimiento multidisciplinar (infectólogos, traumatólogos y oncólogos) y se administra antibioterapia intravenosa empírica. Se realiza RMN que no es concluyente, gram de punción ósea en el que no se observan gérmenes y finalmente biopsia ósea que muestra alteraciones histológicas atribuibles a osteomielitis. Tras tres semanas de antibioterapia intravenosa con cloxacilina se completa tratamiento por vía oral y se decide limpieza quirúrgica de la zona. Evolución posterior favorable, logrando bipedestación y deambulación a los tres meses de la intervención. **Discusión:** Las infecciones osteoarticulares son difíciles de reconocer en fases precoces en especial cuando el paciente se encuentra afebril o presenta clínica insidiosa. Una historia clínica detallada es fundamental para establecer la sospecha diagnóstica. Ante la misma, debemos iniciar antibioterapia intravenosa empírica de forma precoz. La radiología nos ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con la patología tumoral, aunque no siempre es concluyente. En estas ocasiones se requiere la realización de biopsia para llegar al diagnóstico.

## Respuestas correctas a las preguntas test

**Vacunas en la adolescencia: 1d)** Las coberturas vacunales en la adolescencia son más bajas que las cifras de vacunación en los niños en los dos primeros años de vida que llegan al 95-98%. **2e)** Las coberturas vacunales de dT a los 14-16 años de edad es del 82% y para el VPH a los 11-14 años es del 77,8%. **3e)** Todas son ciertas. **4d)** El mayor porcentaje de portadores nasofaríngeos de meningococo se observa en la adolescencia, con un pico máximo a los 19 años (23,7%), lo que convierte a este grupo en el primer transmisor de la infección, además de entre los adolescentes, a los niños pequeños y a las personas mayores. **5c)** Es preciso realizar una vacunación de rescate de todas las adolescentes mayores de 11 años no vacunadas, preferentemente con vacuna del PMV nonavalente. Importante la recomendación universal.

**Disforia de género en la infancia y adolescencia 1d)** Todas son ciertas. En efecto todas esas razones han influido en cambiar la denominación. **2b)** Siempre son bien tolerados por la familia por su incondicionalidad. La familia, muchas veces es la primera que rechaza esta situación. **3c)** Castigar por este motivo. En ninguna circunstancia estaría indicado el castigo.

**Disforia de género en menores: actitud diagnóstica y tratamiento 1c), 2c), 3c)**

**Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad. 1c)** No es necesario conocer las circunstancias si se cuenta con la aprobación del niño firmada. **2c)** El Estado no debe inmiscuirse en razones personales, debe ser la familia quien tome las decisiones en caso de un menor. El Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante no sólo frente a los ataques por parte de terceros sino incluso respecto de las propias decisiones del menor que ponga en riesgo su vida o integridad. **3d)** Todas son razonables.

**Dermatología de la adolescencia: Acné, tatuajes y piercings. 1c)** Es una enfermedad de origen genético, causa dolor, baja autoestima, puede producir cicatrices y depresión. **2d)** Forma parte de los valores estéticos y culturales de la adolescencia, por lo que es necesario educar para la salud respecto a los riesgos. **3b)** En el caso del adolescente, dado su desinterés por la salud, el acné no suele ser motivo de preocupación. Paradójicamente, aunque manifieste cierto desinterés por su salud, la preocupación por su estética es constante.

**Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas: 1d)** Con el diagnóstico prenatal se ha conseguido disminuir siendo una de las malformaciones de menor prevalencia. A pesar del diagnóstico prenatal, sigue siendo la malformación más frecuente. **2e)** Todos son objetivos a cumplir. En efecto, todos los enunciados, y otros, son objetivos deseables de cumplir. **3d)** Intervenidos de Trasposición de Grandes Vasos con buena evolución. Esta CC es susceptible de ser controlada en servicios especializados en nivel terciario de asistencia.

**El adolescente con enfermedad crónica digestiva. Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto: 1d)** Todas son ciertas. **2b)** No es recomendable su uso dado el alto riesgo de abuso y dependencia de su uso. Está demostrado que son muchas más las ventajas que los inconvenientes. **3d)** En casos de buena evolución, no es necesario mantener una dieta sin gluten. La dieta sin gluten hay que mantenerla siempre, una vez se tenga el diagnóstico de E. Celíaca.

**El TDAH y su comorbilidad. 1c)** Los síntomas deben presentarse antes de los 12 años. **2a)** La asociación del TDAH con otras entidades del neurodesarrollo o problemas psiquiátricos es la norma más que la excepción. **3c)** El TDAH asociado a tics -T. de Tourette-, es frecuente y se asocia a comorbilidades múltiples entre los que se encuentran los trastornos emocionales, T. obsesivo-compulsivo, problemas conductuales y agresivos.

**Tecnologías de la Información y de la Comunicación 1e)** Robar material escolar. Todas las descritas menos el robo se consideran que forman parte del ciberacoso y ciberbullying. **2e)** Todas son características de "grooming". **3b)** Borrar lo antes posible las imágenes o textos de las pantallas para lograr que cese cuanto antes el acoso. Procurar retener y copiar el contenido de las pantallas como pruebas de los hechos.

**Dislipemias. Situación actual: 1a)** No aconsejan realizar cribado en menores de 2 años. **2e)** La fibra dietética debe ser de 8 a 28 g (dependiendo de la edad). **3e)** Todas son ciertas.

**Problemas ortopédicos. 1c)** En el adolescente es asintomática, aparece a los 10-11 años en las niñas y 12-13 en los niños, con una prevalencia del 2% para curvas mayores de 20°. **2d)** La enfermedad de Scheuermann es una cifosis rígida que afecta al 1-8% de la población y que se caracteriza por un valor angular superior a 45°, acuñamiento > 5° al menos en 3 vértebras, irregularidades en los platillos vertebrales y disminución del espacio discal (Sörensen, 1964). **3c)** NO suele haber antecedente de trauma previo.