## **NC\_01**

**Síntomas**

Niño de 6 años con diagnóstico de trastorno de espectro autista, discapacidad intelectual y retraso global del desarrollo.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Detección durante la gestación de quistes de plexos coroideos y ectasia piélica bilateral. Obesidad, en seguimiento con normas dietéticas. Seguimiento por optometrista por hipermetropía y astigmatismo. Trastorno de conducta en tratamiento con Risperidona.

**Exploración**

Macrocefalia, fisuras palpebrales en forma de almendra, epicanto y úvula bífida. Pabellones auriculares grandes y elásticos. Doble remolino posterior hacia el mismo lado. Hiperlaxitud ligamentosa. Polidactilia postaxial en ambos pies. Estereotípias. No hipoacusia.

**Pruebas complementarias**

Ecocardiograma: normal

## **NC\_02+**

***Síntomas***

*Neonato nacido de 26 días que es traído por distensión abdominal y disminución de la ingesta desde hace 12 horas. Afebril. Presenta estancamiento ponderal desde el nacimiento. No otra sintomatología.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Gestación controlada sin incidencias. Parto eutócico a término sin incidencias. Ingreso en la unidad neonatal por hipoglucemias y mala tolerancia enteral. No presenta deposiciones en las primeras horas de vida.*

***Exploración***

*Abdomen: Irritable a la palpación abdominal con distensión marcada. Resto de la exploración física sin alteraciones relevantes.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

Analítica de sangre: Hemograma sin alteraciones. Acidosis metabólica leve con ionograma normal. Glucosa, función renal y hepática normales. Reactantes de fase aguda negativos.

Radiografía de abdomen: Dilatación de asas, sin otros hallazgos a destacar.

## **NC\_03+**

***Síntomas***

*Niña de 2 años que consulta porqué la familia ha detectado desde hace 18 días coloración cutánea amarillenta y orina muy concentrada. Refieren también coloración canela de las deposiciones con sensación de distensión abdominal. No vómitos. Refieren que se rasca mucho. Afebril.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes de interés.*

***Exploración***

*Buen estado general. Ictericia cutáneo-mucosa.*

*Abdomen: Hepatomegalia sin esplenomegalia.*

*Resto de exploración física sin alteraciones.*

***Pruebas complementarias***

*Ecografía abdominal: mínima hepatomegalia sin alteraciones estructurales.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

Analítica de sangre: Hemograma normal. Hierro 306 ug/L,, Ferritina 407 ug/L, Glucosa 64 mg/dL. AST 4319 UI/L, ALT 4113 UI/L, Bilirrubina Total 9,2 mg/dL (directa 5,2 mg/dL), GGT 119 UI/L, FA 468 UI/L. Función renal normal. TP 78%, Fibrinógeno 1,5mg/L, Albumina 42,1g/L y Amonio 176 ug/dL. PCR 1,5 mg/L, VSG 7 mm.

Serologías: Parvovirus B19, CMV, VH6, VHS negativas. IgG VHA positivo (IgM negativa), IgG VEB positiva (IgM negativa), HBsAg negativo, anti-HBs positivo, VHC negativo.

PCR de Enterovirus y Adenovirus negativas.

## **NC\_04+**

***Síntomas***

*Niño de 3 años que consulta a urgencias por fiebre desde hace un mes (diaria con T> 38ºC). Asocia tos y mucosidad nasal. En este contexto, la madre refiere vómitos intermitentes desde hace varias semanas. Mejoría parcial quedándose febricular tras tratamiento con azitromicina y prednisolona durante 7 días.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sibilante recurrente. Vacunación al día.*

***Exploración***

*Auscultación pulmonar: Sin signos de dificultad respiratoria. Hipofonesis del hemitórax izquierdo, buena entrada de aire en hemitórax derecho. Sin ruidos añadidos. Abdomen: Blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias. No distensión. Sin dolor ni defensa a la palpación. Ruidos hidroaéreos normales. Resto de la exploración normal.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

**Analítica sanguínea:** Hb 11.8 g/dl, Hematocrito 34.6%. Plaquetas 344.000/mm3, Leucocitos 10.800/mm3. Coagulación correcta. Gasometría venosa normal. Ionograma correcto. Urea y Creatinina normales. ALT y AST correctas. PCR 80.1 mg/L. PCT 0.14 ng/ml. Lactato 1.6 mmol/L.

**Radiografía de tórax:** Presencia de asas intestinales en hemitórax izquierdo. Pulmón ipsilateral colapsado. Tenues infiltrados en pulmón derecho.

## **NC\_05+**

***Síntomas***

*Lactante de 1 mes y 24 días que es derivada por detección de anemia macrocítica importante (Hb 5,8 g/dl). Refieren vómitos alimentarios tras la mayoría de las tomas en las últimas semanas sin pérdida del apetito. Heces dispépticas a diario. Explican estancamiento ponderal, alimentación con lactancia mixta. Afebril en todo momento.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Fruto de primera gestación de madre sana. Embarazo con ecografías y serologías normales. SGB negativo. Recién nacida a término con peso adecuado para la edad gestacional. Evacuación de meconio después de las 48 horas de vida.*

***Exploración***

*Palidez mucocutánea generalizada. Desnutrida y distrófica. Aumento de pliegues cutáneos. Bien perfundida. Auscultación cardíaca con soplo sistólico I/VI.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

Hemoglobina 6,8 g/dl. VCM 103. Plaquetas 570.000. Leucocitos 9200/mmcc (N 17%, L72%).

## **NC\_06**

**Síntomas**

Niño lactante de 6 meses traído por cuadro de movimientos anormales de dos semanas. Los movimientos consisten en desviación de la mirada junto con sacudidas de extremidades, de escasos segundos de duración. Durante 10 minutos puede presentar varios episodios seguidos. Sucede unas 4-5 veces al día y refieren que son más frecuentes cuando se excita o cuando tiene sueño.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes perinatológicos ni personales de interés. Bien vacunado.

**Exploración**

Exploración física y neurológica normal para la edad.

## **NC\_07**

**Síntomas**

Niño de 2 años y 9 meses traído por la madre refiriendo sensación de desconexión, así como caída del párpado bilateral desde hace 5 días. Asocia en las últimas 72 horas dificultad para la vocalización y emisión de palabras y alteración en la deglución con episodios de atragantamiento con sólidos. Afebril. Antecedente de gastroenteritis aguda hace unas 2 semanas.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Antecedentes familiares: Madre con problemas reumatológicos en la infancia. Tía materna con tiroiditis. Sin antecedentes personales de interés.

**Exploración**

GCS 15 puntos. Destaca una ptosis palpebral bilateral con reflejo pupilar normal y sin presentar otras focalidades a nivel de pares craneales. El tono, la sensibilidad y la fuerza de las 4 extremidades están conservadas. Los reflejos rotulianos están presentes y la marcha está preservada. El resto de la exploración física por aparatos es normal.

**Pruebas complementarias**

**Analítica sanguínea:** Hemograma, equilibrio ácido base y bioquímica (incluye CPKs) normales.

**Tóxicos en orina:** negativos.

**Punción lumbar:** bioquímica normal. Tinción de Gram sin gérmenes. PCR VHS1 y VHS 2 negativas.

**TAC craneal:** normal.

## **NC\_08**

**Síntomas**

Niña de 1 año que presenta rasgos dismórficos y retraso en el desarrollo. Asocia conducta hiperactiva con facilidad para la distracción y dificultades para la alimentación de sólidos.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Gestación por FIV (donación de esperma). Familia monoparental. Madre portadora de mutación en una proteína relacionada con trombosis.

Recién nacida a término de 37 semanas de gestación. CIR tipo I (por insuficiencia placentaria) con peso al nacimiento de 1.675g.

Hipoplasia de rama pulmonar derecha leve.

Seguimiento en oftalmología por epiblefaron y mínima ptosis palpebral.

**Exploración**

Boca y lengua grande, paladar ojival. Fisuras palpebrales pequeñas. Almohadillas, surco palmar en palo de hockey. Dedos cortos. No estrabismo. Hiperactividad con leve temblor fino. Responde a su nombre, pero poco contacto visual. No sonríe ni balbucea.

**Pruebas complementarias**

Resonancia magnética cerebral: normal.

## **NC\_09+**

***Síntomas***

*Niña de 2 años en seguimiento por hipotonía y retraso psicomotor leve que presenta, coincidiendo con proceso febril, regresión a nivel neurológico. Refieren somnolencia marcada de dos semanas de evolución asociado a pérdida de movilidad de la mano derecha con hipertonía y preferencia de uso de la mano izquierda. Asocia inestabilidad tanto en sedestación como en bipedestación, impresionándoles de pérdida de los hitos del desarrollo conseguidos e incluso empeoramiento de su estado basal. No movimientos anormales.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes familiares de interés.*

*Antecedentes personales: Embarazo controlado, con oligoamnios. Parto por cesárea por malposición fetal. No alergias. Vacunación al día.*

***Exploración***

*A nivel de exploración física destaca microcefalia así como afectación motora con hipotonía axial e hipertonía de extremidades inferiores.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica con función renal y hepática normal.

Estudio de líquido cefalorraquídeo; pleocitosis con aumento de neopterinas y biopterinas. Gram y cultivo negativo.

RM cerebral: afectación de los ganglios de la base con hiperintensidad en T2 y Flair en la sustancia blanca profunda bilateral compatible con calcificaciones a este nivel.

## **NC\_10+**

***Síntomas***

*Niño de 5 años que acude para valoración. Refiere la familia neurodesarrollo normal hasta los 2 años. De forma progresiva presenta regresión en el lenguaje, empeoramiento de contacto con el medio y posteriormente inicia alteración de la marcha sin poder conseguir bipedestación por pérdida de equilibrio. Presenta babeo desde hace dos años. No ha controlado esfínteres. No ha llegado a masticar bien y presenta disfagia a líquidos. Regular descanso nocturno con ronquidos.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes perinatológicos de interés.*

*Antecedentes familiares: Padres consanguíneos.*

***Exploración***

*PC 53cm (p 90)*

*Fascias tosca. Babeo constante. Abdomen globuloso, hepatomegalia leve, no hernias. Atrofia de antebrazo izquierdo. Hiperexaltación de reflejos. No clonus. Sedestación correcta, no realiza marcha. Emite sonidos y llanto. No emite palabras. No responde a sonidos.*

**[INFORMACIÓN AMPLIADA]:**

Excreción alterada de oligosacáridos en orina.   
Glucosaminoglicanos (GAG): 63,20 mg/mmol creat. (Valores de normalidad 0,36 - 6,4).

## **NC\_11**

**Síntomas**

Lactante de sexo femenino de 5 meses que acude con madre la madre refiriendo que desde el nacimiento presenta lesión hipercrómica a nivel abdominal. Con el transcurso del tiempo nota aumento de lesiones hipercrómicas de forma generalizada en todo el cuerpo (en el momento actual tiene unas 16).

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Antecedente de fecundación in vitro con donante de óvulo.

**Exploración**

Presencia de máculas hipercrómicas difusas en el cuerpo (16), siendo la de mayor tamaño la de la región abdominal. Destaca una lesión acrómica en zona torácica. Presenta también algunas lesiones verrugosas en las axilas.

Resto de exploración física normal con desarrollo psicomotor adecuado.

## **NC\_12+**

***Síntomas***

*Niño de 1 año y 2 meses que acude remitido por retraso motor y estancamiento ponderal a partir de los 6 meses de vida.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes familiares de interés.*

*Antecedentes personales: Infecciones urinarias de repetición, que precisaron ingreso con ecografías y CUMS normales.*

***Exploración***

*Exploración neurológica: Tono normal en extremidades superiores. Reflejos osteotendinosos en extremidades superiores presentes y simétricos. Reflejos osteotendinosos ausentes en extremidades inferiores. Reflejo cutáneo abdominal y cremastérico presente. Hipotonía en miembros inferiores. Moviliza extremidades inferiores a nivel proximal, activa psoas y cuádriceps de forma intermitente, sin embargo, no activa músculos de ambas piernas. Pies hipotónicos. Sedestación estable, no tolera bipedestación. Resto de exploración por aparatos normal.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

Analítica: Anemia normocítica leve, resto sin alteraciones destacables.

Ecografía abdominal: Normal

Ecografía cerebral: Hidrocefalia extraventricular benigna.

Neurografía sensitiva y motora: alterada en extremidades inferiores.

## **NC\_13**

**Síntomas**

Niño de 2 años que es traído a Urgencias por astenia marcada y sensación distérmica de 4 días de evolución. Explica dolor abdominal desde ayer y dificultad para realizar deposiciones en las últimas 2 semanas.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés.

**Exploración**

Palidez cutánea. Leve coloración ictérica. Equimosis periorbitaria con petequias a nivel de pabellón auricular derecho. Adenopatías axilares e inguinales reactivas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Hepatomegalia de 1 través de dedo.

**Pruebas complementarias**

**Analítica sanguínea:** Hb 6.4 g/dl, plaquetas 73.000/mm3, leucocitos 8.200/mm3, linfocitos 4.800/mm3, neutrófilos 2100/mm3. Pruebas de coagulación normal. Glucosa 58 mg/dl. Creatinina 0.52 mg/dl. Bilirrubina 0.7 mg/dl, ALT 28 UI/L, AST 370 UI/L, PCR 1.7 mg/L, Ferritina 901.1 ug/L.

## **NC\_14+**

***Síntomas***

*Lactante de 9 meses que es traído a urgencias derivado del CAP por esplenomegalia y fiebre de 24 horas de evolución. No presenta otra sintomatología aparente.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes personales de interés.*

*No alergias conocidas.*

*Calendario vacunal al día.*

***Exploración***

*Temperatura(ºC):36.3, Tensión sistólica (mm Hg):118, Tensión diastólica (mm Hg):73, Frecuencia cardíaca (pul/min):135, Peso (kg):8.700.*

*Paciente con buen estado general.*

*Abdomen: Blando y depresible. Se palpa masa en zona esplénica de consistencia dura de aproximadamente 3 cm. No distensión abdominal. Sin dolor ni defensa a la palpación. Resto de la exploración física sin hallazgos relevantes*

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

**Analítica sanguínea**: Anemia normocítica leve, resto hemograma normal. Gasometría venosa y ionograma normal. Función hepática y renal normal. LDH 1010 UI/L. PCR 14.5mg/L, PCT 3.49 ng/ml. Serologías CMV negativas (IgM e IgG) y VEB negativas (IgM e IgG). Adenovirus negativo.

**Virus respiratorios:** PCR VRS, Gripe A, Gripe B y SARScov2 indetectables.

**Analítica de orina**: hematíes: 100/campo, leucocitos: 2/campo, células descamación 1/campo. No se detectan microorganismos.

## **NC\_15+**

***Síntomas***

*Niño de 5 años que es traído por dolor lumbar intermitente desde hace 1 mes atribuido a un traumatismo. Presenta agudización de dolor lumbar en las últimas 24 horas, con dolor importante que le ha despertado por la noche. Explican que se realizó radiografía simple que no mostró alteraciones. Buena respuesta a tratamiento antiinflamatorio para el dolor los días previos. Hoy consulta por empeoramiento del dolor con regular estado general y sin poder deambular. Refieren febrícula desde hoy.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes personales de interés.*

***Exploración***

*Dolor a la palpación en cresta ilíaca izquierda, sin edema, eritema cutáneo ni aumento de temperatura. No dolor a la palpación de apófisis espinosas ni a la movilización de otras articulaciones. Refiere dolor lumbar intenso y precisa ayuda para el cambio de decúbito supino a sedestación.*

*Resto de la exploración sin hallazgos de interés.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA:**

**Analítica sanguínea:** Hemograma: Hb 11.1g/dl, VCM 78 fl, Ht 31.4%. Plaquetas 119.000/mm, Leucocitos 2100/mm3 (L 1400/mm3, N 600/mm3, sin bandas). VSG 2 mm. Bioquímica: Glucosa basal 103mg/dl, Urea 32 mg/dL, Creatinina 0,47 mg/dL. ALT/AST 250/258 UI/L, LDH 813 UI/L, PCR 29.6 mg/L, PCT 0.22 ng/ml.

**Analítica urinaria**: sedimento negativo. Urocultivo pendiente.

**Test rápido SARS-Cov2**: negativo.

## **NC\_16**

**Síntomas**

Niño de 6 años de origen senegalés que acude a Urgencias vía SEM, derivado desde el ambulatorio y acompañado de sus padres por sospecha de cuadro de deshidratación grave. Presenta fiebre de 2 días y medio de evolución (máxima 39ºC). Asocia vómitos y deposiciones diarreicas diarias sin productos patológicos desde el inicio del cuadro. Ingesta oral muy disminuida los últimos 3 días. Diuresis levemente disminuida.

Ambiente epidemiológico familiar con hermana con cuadro de vómitos y deposiciones diarreicas. Han estado de vacaciones en Senegal durante un mes. Retornan a España ayer por la noche.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés.

No presenta alergias conocidas.

**Exploración**

Temperatura(ºC): 38.1, TAS 61mmHg, TAD 33mmHg, Frecuencia cardíaca 132lpm, Frecuencia respiratoria 24rpm, SatO2 98%. Glucemia 62 mg/dl. Cetonemia 0.2 mmol/l.

Mal estado general. Decaimiento y poca reacción a estímulos. Buena coloración. Mucosas secas. No exantemas ni petequias.

Auscultación cardíaca: Tonos cardiacos rítmicos, no se ausculta soplos. Pulsos periféricos débiles. Tiempo de recapilarización 3-4 segundos. Obnubilado. Reactivo a estímulos táctiles y doloroso. Sin signos de irritación meníngea.

**Pruebas complementarias**

**Analítica sanguínea**: Hemoglobina 8.1 g/dl, plaquetas 7.000/mmcc, pH 7.21, HCO3 15.7 mmol/L, EB -10.6 mmol/L, pCO2 40.5 mmHg. Sodio 125 mmol/ y potasio 4.10 mmol/L.

## **NC\_17**

**Síntomas**

Adolescente de 16 años que acude a urgencias derivada del CAP por fiebre nocturna de un mes de evolución. Asocia aumento de mucosidad acompañante y tos productiva. Tratamiento con azitromicina los días previos, sin mejoría.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés.

Vacunación al día.

Padre éxitus por enfermedad pulmonar. Madre sana.

**Exploración**

Temperatura 40,2ºC. Frecuencia cardíaca 129lpm.

Normohidratada y normocoloreada. Auscultación pulmonar: Sin signos de dificultad respiratoria. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Hipofonesis apical derecha. Sin trabajo respiratorio. Resto de exploración normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hemoglobina de 10.8 g/dl, Leucocitos de 7.400/mmcc (Neutrófilos 5.500/mmcc). PCR de 142 mg/L, VSG 103 mm.

Radiografía tórax: Condensación apical en lóbulo superior derecho, con cisuritis. Se observan en esa zona también imágenes hipodensas. No presenta derrame pleural.

## **NC\_18**

**Síntomas**

Niña de 1 año que es traída a urgencias por vómitos y diarreas de 1 semana de evolución. Hace 12 horas presenta pico febril de 38,5ºC. Su madre explica que realiza deposiciones constantemente y algunas de ellas son negras.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés.

**Exploración**

Regular estado general. Palidez cutánea, ojerosa. Gorelick 4 puntos. No exantemas ni petequias. Resto de la exploración física sin hallazgos.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hb 9,9 g/dl, Hto 28,2%, plaquetas 36.000/mm3, leucocitos 25.000/mm3 (L 3.800/mm3, N 17.000/mm3). Gasometría: pH 7,38, pCO2 34 mmol/L, bicarbonato 20 mmol/L, EB - 4 mmol/L. Sodio 130 mmol/L, potasio 3.6mmol/L, cloruro 99 mmol/L, calcio iónico 1,13 mmol/L. AST 78 UI/L Creatinina 0,54 mg/dl, urea 51 mg/dl. PCR 22.8mg/L.

Analítica de orina: Proteína 5331 mg/L, Beta-2-Microglobulina 18.5 ug/ml, Índice Proteína/Creatinina 11.4 mg/mg, Albúmina >500 mg/L, Índice Albumina/Creatinina > 120 mg/mmol. Hematíes 14/campo, Leucocitos 6/campo, abundantes células de descamación, no se detectan microorganismos.

Array gastrointestinal: negativo.

## **NC\_19**

**Síntomas**

Lactante de 1 mes y 5 días de vida que acude derivado de su pediatra por pérdida de peso y rechazo parcial de lactancia materna. Refieren menor diuresis en los últimos días. Deposiciones normales. Afebril.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Embarazo controlado de curso normal.

Hidronefrosis bilateral con reflujo vesicoureteral bilateral grado V.

**Exploración**

Palidez cutánea, fontanela deprimida, ojos hundidos, tiempo de recapilarización de 3 segundos. Hipoactivo. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Resto de la exploración normal por aparatos.

**Pruebas complementarias**

Analítica de sangre: Hemoglobina 14.1 g/dl. Hematocrito 42.4%. VCM 94 fl. Plaquetas 869.000/mmcc. Leucocitos 19.200/mmcc (L 6.900/mm3, N 10.800/mm3). pH 7.21, pCO2 16 mmHg, bicarbonato estándar 10 mmol/L, EB -20 mmol/L. Ionograma Na 109 mmol/L, potasio 6.2 mmol/L. Cloruros 92 mmol/L. Osmolaridad 274 mOsm/kg. Glucosa 112 mg/dl. Urea 180 mg/dl. Creatinina 0.85 mg/dl. Función hepática normal. PCR 34 mg/L. PCT 2.87 ng/ml.

Analítica de orina: abundantes bacilos Gram negativo.

## **NC\_20+**

***Síntomas***

*Lactante de 5 meses traído por su madre por un cuadro de 4 días de evolución de deposiciones diarreicas verdosas y pastosas sin moco ni sangre. Estas últimas 48 horas ha empezado a presentar fiebre con temperaturas máximas de 38.5ºC. No ha presentado vómitos en ningún momento. Ingesta conservada. La madre refiere que ha objetivado tumefacción paraumbilical derecha desde esta madrugada. Diuresis conservada, sin otra sintomatología asociada. Desde hace dos días están administrando paracetamol cada 8 horas por irritabilidad.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Ecografías prenatales: diámetro anteroposterior de pelvis renal derecha 3mm e izquierdo 7.9mm. No dilatación ureteral ni calicial. Tamaño renal ecográficamente normal.*

***Exploración***

*Irritabilidad. Abdomen: Se evidencia un aumento de volumen paraumbilical derecho de aproximadamente 2x3 cm sin alteraciones.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

Analítica sanguínea: Hb: 11,2 g/dl, Plaquetas 257.000/mmcc. Leucocitos 18.200/mmcc con neutrofilia de 12.000/mm3. PCR 279 mg/L.

Sedimento urinario: >100 leucocitos/campo. Abundantes gérmenes Gram positivos.

Ecografía reno-vesical: Hidronefrosis bilateral. Signos de retención aguda de orina.

## **NC\_21**

**Síntomas**

Niño de 2 año que es traído por síndrome febril de 10 días de evolución, diaria y con temperaturas > 38ºC. Asocia aparición de edemas y dolor en ambas muñecas y tobillos.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin interés.

**Exploración**

Buen estado general. Buena coloración. Buena hidratación de piel y mucosas. No exantemas ni petequias. No hiperemia conjuntival.

Sin expresión ni signos de dolor. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Normal. Orofaringe: normal. Hiperemia labial y labios fisurados. Una adenopatía laterocervical izquierda de < 0.5 cm. Otoscopia: normal bilateral. Exploración neurológica: Normal.

Edema en ambas manos y tobillos. No dolor a la palpación, aunque sí rechaza parcialmente la deambulación. No aumento de temperatura local ni eritema a dicho nivel. No edema palpebral ni escrotal.

**Pruebas complementarias**

Sedimento de orina: negativo.   
Analítica de sangre: Hb 10g/dl, Plaquetas 895.000/mmcc, Leucocitosis de 15.000/mmcc (L 2.700/mmcc, N 12.000/mmcc). Gasometría venosa e ionograma normal. Creatinina 0.29mg/dl. PCR 157mg/L, VSG 68mm.

Estreptotest: Negativo.

## **NC\_22**

**Síntomas**

Niña de 12 años que consulta por adenopatías cervicales bilaterales y submandibulares que han aumentado progresivamente de tamaño sin presentar signos de sobreinfección local. Se acompaña de fiebre de hasta 39.6ºC de 10 días de evolución (último pico febril hace 5 horas de 39.3ºC). Refieren astenia y dolor muscular en extremidades inferiores de un mes de evolución. Disminución parcial de ingesta de forma progresiva con pérdida de peso de 1 kg. Niega odinofagia y disfagia. No disuria. No tos ni mucosidad en vías altas. No viajes recientes. Recibió antibioterapia oral con amoxicilina-ácido clavulánico durante 10 días y antiinflamatorios hace un mes, sin desaparición de la fiebre ningún día.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés. No tratamiento habitual.

Vacunación al día.

No alergias medicamentosas conocidas.

**Exploración**

Adenopatías cervicales bilaterales, móviles, no adheridas a planos profundos. Una adenopatía de 3 cm a nivel submandibular sin presentar eritema ni otros signos de sobreinfección local. Leve dolor a la palpación. Hepatoesplenomegalia. Resto de la exploración sin alteraciones.

**Pruebas complementarias**

Analítica de sangre: Hb 10,6 g/dl; Hto 33,2%; VPM 6,9 fl. Leucocitos 2,000/mmcc (linfocitos 5000/mmcc; neutrófilos 1,200/mmcc), plaquetas 82000/mmcc. ALT 192 UI/L; AST 248 UI/L. Lactato deshidrogenasa 2646 UI/L. PCR 58,3 mg/L. Ferritina 3669,7 ug/L. Triglicéridos 363 mg/dl, colesterol total 171 mg/dl.

Radiografia de tórax: Normal

TAC de cuello: múltiples adenopatías inespecíficas sin otros hallazgos.

## **NC\_23**

**Síntomas**

Adolescente de 12 años que consulta por disminución de peso. Refieren que desde pequeña ha estado en bajo peso (con percentil < 3) pero en la gráfica de antropometría destaca mayor pérdida de peso en el último año. No refieren pérdida de apetito ni clínica digestiva. Tampoco fiebre ni otra sintomatología aparente.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes médicos de interés. No medicación habitual.

Alergias a frutas (melocotón), epitelio animal. No asma.

Calendario vacunal al día.

**Exploración**

Constantes: Peso < p3, talla p 25. FC 120 lpm, SatHb 97%, TA 130/90 mmHg.

Buen estado general. No pubarquia, botón mamario ni vello axilar. Resto sin hallazgos destacables.

## **NC\_24**

**Síntomas**

Niña de 8 años que acude a urgencias por historia de síncopes de repetición desde los 4 años. Refieren que los episodios son muy repentinos o que no tienen ningún desencadenante en concreto. La mayoría de las veces le sucede estando en reposo. No presenta clínica vegetativa previa al síncope.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Personales: Sin antecedentes personales de interés. No antecedentes de crisis febriles.

Familiares: Madre con sintomatología de síncopes y palpitaciones. No epilepsia familiar.

**Exploración**

ECG: normal.

## **NC\_25+**

***Síntomas***

*Niña de 9 años que presenta desde hace 1 mes y medio dolor en extremidades inferiores con limitación para la deambulación y para subir escaleras. Asocia desde hace 2 semanas lesiones cutáneas en ambos muslos que se extienden a zona de tórax, a nivel palpebral y en ambas manos.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin antecedentes personales de interés.*

***Exploración***

*Piel: edema facial, brazos y piernas, piel reticulada en brazos y muslos. Eritema malar. Lesiones papulares en metacarpofalángicas e interfalángicas de ambas manos y a nivel de ambos codos. Eritema periungueal con alguna dilatación vascular e hiperqueratosis. Lesiones eritematosas en rodillas y en cara interna de muslos.*

*Locomotor: limitación a nivel de flexión de codos, muñecas, caderas y rodillas por dolor muscular. No signos de artritis. Imposibilidad para elevar cabeza. No realiza abdominales. No elevación completa de brazos. Sedestación dificultosa.*

*Resto exploración por aparatos normal.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA:**

Hemograma y función renal sin alteraciones. CPK 20920 UI/L; AST 1038 UI/L, ALT 547 UI/L, LDH 2030UI/L.

## **NC\_26**

**Síntomas**

Neonato de 28 días de vida remitido desde el ambulatorio por vómitos con todas las tomas y estancamiento ponderal en la última semana. El padre refiere una deposición algo más liquidas de lo habitual. Afebril en todo momento. Lactancia artificial.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Embarazo controlado, sin incidencias. Parto eutócico a las 40.5 SG con PN 4100g. Diagnóstico precoz normal.

**Exploración**

Exploración física: Normal

## **NC\_27**

**Síntomas**

Niña de 9 años que consulta por dolor abdominal recurrente desde hace años. Deposiciones diarias normales. Niegan pérdida de apetito ni estancamiento pondero-estatural.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Rinitis alérgica, con sensibilización a ácaros. Sin otros antecedentes de interés.

**Exploración**

Exploración por aparatos normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hb 9.2 g/dl, restodel hemograma normal. VSG normal. Glucosa 95 mg/dl. Iones normales. Perfil lipídico normal. Perfil férrico normal. ALT 290 UI/L, AST 58 UI/L. IgE total elevada.

## **NC\_28**

**Síntomas**

Adolescente (sexo masculino) de 13 años derivado de psiquiatría para estudio de hipertransaminasemia. Totalmente asintomático.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Antecedentes Personales: Epilepsia y Trastorno del espectro autista en seguimiento por el CSMIJ. Tratamiento de base con valproato. Alergia al melocotón. Sobrepeso.

**Exploración**

Exploración física por aparatos normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hemograma normal. Ionograma normal, glucosa 94 mg/dl, bilirrubina total 0.4 mg/dl, bilirrubina directa 0.2 mg/dl, ALT 63 UI/L, AST 38 UI/L, GGT 44 UI/L. TP 103%. VSG 6 mm, PCR 6 mg/L, LDH 498 UI/L.

## **NC\_29**

**Síntomas**

Adolescente (sexo masculino) de 11 años que acude a urgencias por fiebre desde ayer y deposiciones líquidas de semanas de evolución, en los últimos días con restos de sangre fresca. Asocia disminución del apetito. No vómitos ni dolor abdominal. Toma leche sin lactosa hace unos meses por mala tolerancia.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Artritis idiopática juvenil bien controlada con Etanercept.

No alergias conocidas.

Vacunación al día.

**Exploración**

Distrófica. Palidez cutánea. Normohidratada. Recapilarización normal. ACR normal. ABD blando depresible, no masas ni megalias. Pequeña fisura anal. NRL normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica de sangre: Hemoglobina 10.1 g/dl, hematocrito 32.9%, VCM 87 fl. Plaquetas 459.000 mmcc. Leucocitos 7.900 mmcc (L 1.300/mmcc, N .5400/mmcc). Coagulación normal. VSG 4 mm/h. Ionograma normal. Bioquímica hepática normal. Albumina 28 g/L. Proteínas 53 g/L. PCR 15 mg/L. Estudio del hierro SAT 10%, Ferritina 18,2 ug/L.

Estudio en heces: Parásitos: Negativos. Array gastrointestinal negativo. Coprocultivo negativo.

## **NC\_30**

**Síntomas**

Lactante (sexo masculino) de 5 meses que consultan porque desde hace un mes presenta deposiciones líquidas con hilos de sangre de forma intermitente, así como episodios de vómitos de forma esporádica. Han notado en las últimas consultas en el CAP que el peso se ha estancado. Alimentación con lactancia materna a demanda.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Embarazo controlado, sin incidencias. Parto inducido a las 41sg. Screening metabólico negativo. No hermanos.

No antecedentes familiares de interés.

Vacunación al día.

**Exploración**

Buen estado general. Exploración completa por aparatos normal.

## **NC\_31**

**Síntomas**

Niño de 7 años sin antecedentes de interés que es derivado a consultas externas por dificultades a nivel escolar precisando adaptación curricular. Refieren retraso en la adquisición del lenguaje con emisión de primeras palabras a los 3 años. Previamente a esto se comunicaba con sonidos y señalando. Refieren conductas de frustración al no poder comunicarse. Actualmente presenta vocabulario muy reducido, pudiendo realizar frases juntando 5-6 palabras. Asocia también desde el primer año de vida torpeza motora, así como conductas de evitación y escasa relación con niños de su misma edad. Selectividad con la alimentación rechazando alimentos y texturas nuevas.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés. Vacunación al día.

**Exploración**

Sin rasgos dismórficos. Exploración por aparatos normal.

## **NC\_32**

**Síntomas**

Niña de 2 años y 8 meses que acude a urgencias por dificultad en el habla desde hace 4 horas, emitiendo palabras ininteligibles. Además, refieren verle una asimetría facial con desviación de la comisura labial izquierda y babeo. Han objetivado desde hace pocos minutos pérdida de fuerza con imposibilidad para levantar el brazo izquierdo y marcha alterada. No antecedente de traumatismo craneoencefálico. Afebril en todo momento. Refieren antecedente de infección por varicela hace 2 meses, sin complicaciones asociadas.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin interés.

**Exploración**

Exploración neurológica: GCS 15/15, con pupilas isocóricas normoreactivas, buen seguimiento visual, no nistagmos ni otros movimientos patológicos. Reflejos osteotendinosos normales, fuerza y tono levemente disminuidos en brazo izquierdo. Leve paresia facial central izquierda. Exploración de resto pares craneales normal. Habla ininteligible y con balbuceo, que recupera progresivamente. Marcha con discreta asimetría con “arrastre” de la pierna izquierda. Resto de exploración normal por aparatos.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hemoglobina 13.7 g/dL, Hematocrito 40.9%, Plaquetas 253.000/mm3, Leucocitos 7.100/mm3. Coagulación: TP 77.7%, TTPA 30.6seg1, fibrinógeno 2.6 g/L. pH 7.31, pCO2 45.5mmHg, HCO3 21.4 mmol/L, EB -2.8 mmol/L. Ionograma: Na 137 mmol/L, K 4.10 mmol/L, CL 107 mmol/L. Urea 28 mg/dL, creatinina 0.44 mg/dL. AST 35 UI/L, ALT 14 UI/L. PCR 0.3 mg/L. Amonio 38 umol/L, Lactato 0.84 mmol/L.

## **NC\_33**

**Síntomas**

Niña de 11 años que acude a urgencias tras presentar hoy pérdida de la visión del ojo derecho asociada a parestesias en la cara y en las manos. Refiere que la sintomatología se ha autolimitado a las 2 horas, pero posteriormente inicia cefalea opresiva a nivel frontal izquierda. Precisa de analgesia con ibuprofeno para el cese. No otra sintomatología. Afebril en todo momento.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés.

Alergias: Alergia a frutos secos.

Vacunación al día.

**Exploración**

Constantes: T 36ºC. TAS 106mmhg, TAD 70mmHg, FC 80lpm.

Exploración física por aparatos normal.

## **NC\_34**

**Síntomas**

Adolescente (sexo femenino) de 12 años que desde hace 2 meses presenta sintomatología consistente en polidipsia, polifagia y pérdida de 5 kg de peso. Asocia astenia. No otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés. Vacunación al día.

**Exploración**

Buen estado general, aunque aspecto distrófico. Resto de exploración por aparatos normal.

## **NC\_35+**

**Síntomas**

Neonata que a las 42 horas de estancia en maternidad inicia clínica de distrés respiratorio, hipotonía y mal estado general asociado a depresión del sensorio y signos clínicos de deshidratación. Se traslada a unidad Neonatal y se inicia soporte respiratorio con CPAP.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Embarazo controlado, serologías negativas. Ecografías prenatales normales. Triple screening de bajo riesgo. SGB positivo con profilaxis adecuada preparto. Parto inducido a las 41+4 sg vía vaginal tras presentación cefálica. Amniorrexis de 8 horas de evolución. Apgar 9/10. No necesidad de reanimación.

**Exploración**

Peso 3540 g.

Temperatura 36.4ºC. Aspecto madurativo acorde a la edad gestacional según datación obstétrica. Regular estado general. Palidez cutánea. Discreta descamación cutánea fina. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Taquipnea. Auscultación cardiaca: tonos cardiacos centrados, rítmicos, sin soplos. Pulsos femorales normales. Abdomen: globuloso, depresible, sin masas ni visceromegalias. Peristaltismo presente. Genitales externos femeninos normales.

Neurológico: Hipoactiva. Reactiva a manipulación. Llanto agudo. Ocasionalmente movimientos de supraversión de mirada. Escasos movimientos espontáneos, poco fluidos. Fuerza muscular normal. Hipertonía de las 4 extremidades. Fontanelas y suturas normales. Succión pobre.

**Pruebas complementarias**

* Analítica sanguínea: Hemoglobina10.6 g/dl, leucocitos 4.600/mmcc (neutrófilos 1.200/mmcc , linfocitos 2.000/mmcc ), plaquetas 90.000/mmcc. Gasometría venosa: ph 7,2, exceso de base -11,7 mmol/L, bicarbonato de 11,4 mmol/L, ALT 113 UI/L, AST 101 UI/L, lactato 6.2 mmol/L, amonio 403 umol/L.
* Radiografía de tórax: sin alteraciones significativas.

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

Aumento de propionilcarnitina en plasma.

Excreción aumentada ácido metilmalónico en orina.

## **NC\_36+**

***Síntomas***

*Niño de 10 años que consulta refiriendo astenia progresiva con ingesta disminuida y sensación de pérdida de peso, aunque no lo ha cuantificado. Refiere que hoy ha objetivado adenopatía supraclavicular. Afebril en todo momento. No otra sintomatología asociada.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*Sin interés personales de interés. Vacunación al día.*

***Exploración***

* *Buen estado general.*
* *Adenopatía de 3 cm en axila izquierda, dura, móvil, no dolorosa.*
* *2 adenopatías (3cm i 2cm) en axila derecha, de consistencia dura, móvil y no dolorosa.*
* *Adenopatías supraclaviculares de consistencia dura, no dolorosas ni móviles.*
* *Resto de exploración normal por aparatos.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

* Radiografía de tórax: Ensanchamiento mediastínico. Parénquima pulmonar sin alteraciones.
* Analítica sanguínea: Hb de 8.9 g/dl y hematocrito de 28%. Plaquetas 879.000/mm3, leucocitos de 34.600/mm3 (N 29.400/mm3, NB 1400/mm3, L 3.900/mm3). PCR 86mg/L. Gasometría venosa e ionograma normal; función renal normal. LDH 1.300UI/L.

## **NC\_37+**

***Síntomas***

*Lactante de 6 meses (sexo masculino) que consulta a urgencias por febrícula de 12 horas de evolución asociado a coloración amarillenta de la piel. No vómitos ni deposiciones diarreicas. Asocia cuadro catarral leve. Tiene un hermano mayor que acude al colegio, ella no va a guardería.*

***Antecedentes, alergias, intervenciones***

*No antecedentes personales de interés. Vacunación al día.*

***Exploración***

*Buen estado general. Palidez cutánea y de mucosas. Normohidratada. No exantemas ni petequias. Ictérica. Resto de la exploración por aparatos normal.*

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

Analítica sanguínea: Hb 4.6g/dl, Plaquetas 927.000/mmcc, Leucocitos 39.800/mmcc (Linfocitos 25.000/mmcc, Neutrófilos 9.200/mmcc). Gasometría venosa: pH 7.3, pCO2 42mmHg, Bicarbonato 20mmol/L, EB -4.4mmol/L. Ionograma normal. Creatinina 0.37mg/dl. Bilirrubina total 0.9mg/dl, Bilirrubina conjugada 0.3mg/dl. ALT 26UI/L, AST 61UI/L. GGT 17 UI/L. LDH 1315 UI/L. PCR 1.9mg/L. Reticulocitos 18%. Grupo sanguíneo AB +. Test de Coombs directo e indirecto negativos. Haptoglobina < 80mg/L.

## **NC\_38**

**Síntomas**

Niña de 7 años que es traída a urgencias por cefalea occipital de 1 semana de evolución. Asocia pérdida de fuerza del brazo y de la pierna izquierda desde hace 4 días. Los padres explican que han objetivado cambio en el tono de voz y dificultad para la masticación, con algún episodio de atragantamiento con sólidos. No ha presentado vómitos. Afebril en todo momento.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin interés personales de interés. Vacunación al día.

**Exploración**

* Constantes: Temperatura(ºC):36.5, TAS 100mmHg, TAD 65mmHgm, Frecuencia cardíaca101lpm.
* Buen estado general.
* Escala de Glasgow 15 puntos. Sin signos de irritación meníngea. Pupilas isocóricas normorreactivas. Hemiparesia brazo y pierna izquierdas (III/V) y discreta paresia facial central izquierda. Reflejos rotulianos presentes y simétricos. No dismetrías. Marcha atáxica con lateralización hacia la izquierda. Imposibilidad de realizar marcha en tándem y talones sobre el pie izquierdo.
* Resto de exploración por aparatos normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica: Hemograma sin alteraciones. Gasometría e ionograma normales. Bioquímica normal. PCR < 0.1mg/L. Coagulación normal.

## 

## **NC\_39**

**Síntomas**

Niña de 11 años que acude por dolor hipogástrico que empeora con el movimiento desde hace 36 horas. Refiere cuadro vegetativo con náuseas, mareo y vómitos alimentarios. Posteriormente, acudieron a otro centro dónde se sospechó retención aguda de orina o estreñimiento. Se realizó sondaje urinario y enema rectal sin ser productivos.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin interés

**Exploración**

Se palpa masa en hemiabdomen inferior de unos 10 cm, dura y muy dolorosa. Presenta signos de irritación peritoneal y distensión abdominal, con defensa a la palpación.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hb 13g/dl, plaquetas 261.000/mm3, Leucocitos 17.900/mm3 (LN 15.900/mm3). Bioquímica completa normal. PCR 11 mg/dl.

## **NC\_40+**

**Síntomas**

Niña de 8 años que acude acompañada por su madre refiriendo inflamación en dedos de ambas manos y primer dedo de pie izquierdo de varias semanas de evolución. Refiere que suele ser más pronunciado al despertarse y que mejora ligeramente en el transcurso del día. No empeora con la actividad física. Refiere que en ocasiones se acompaña de adormecimiento en las mismas zonas. No asocia fiebre ni otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Celiaquía.
* Antecedentes familiares: madre con Trombofilia hereditaria (Factor V de Leyden).
* Vacunación al día.

**Exploración**

* Buen estado general.
* Tumefacción, dolor y limitación a la flexión de ambas muñecas. Tumefacción y dolor a la flexión en los dedos de ambas manos y en primer dedo de ambos pies.
* Exploración de las extremidades inferiores normal.
* Resto de la exploración física sin alteraciones.

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

* Mano derecha: Sinovitis radiocarpiana y metacarpofalángica 2º dedo derecho. Tenosinovitis flexor 2º dedo.
* Mano izquierda: Sinovitis radiocarpiana, intercarpiano y metacarpofalángico en 1º, 2º y 3º dedo. Tenosinovitis flexor 1º y 2º dedo.
* Pies: En primeros dedos se observa sinovitis metacarpofalángica derecha y sinovitis interfalángica izquierda.

## **NC\_41+**

**Síntomas**

Niño de 9 años y 7 meses de edad que consulta por fiebre de hasta 39 °C de 96 horas de evolución con escasa sintomatología asociada a excepción de bultoma doloroso en la ingle derecha desde hace 1 semana. Refiere que convive con animales domésticos. No otra sintomatología asociada.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Antecedentes personales:

* Transposición de las grandes arterias. Corrección completa en el periodo neonatal.
* Taquicardia paroxística supraventricular.
* Vacunación al día.

**Exploración**

Bultoma de 3x4 cm de diámetro máximo, blando, móvil, localizado a nivel de la ingle derecha, doloroso a la palpación sin otros signos flogóticos. Lesión lineal incisa y eritematosa en la pierna izquierda, sin signos de infección. Resto de exploración por aparatos normal.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hb 14 g/dL, Plaquetas 315.000/mmcc, Leucocitos 13.200/mmcc (linfocitos 2.200/mmcc, neutrófilos 9.800/mmcc, NB 400/mmcc). VSG 22 mm/h. Ionograma, gasometría venosa sin alteraciones. Función renal y hepática sin alteraciones. LDH 828 UI/L. PCR 106.1 mg/L, PCT 0.56 ng/mL. Lactato 1.8 mmol/L.

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

* Ecografía de partes blandas: adenopatía ovoidea con pérdida de la ecoestructura habitual que mide 43 mm x 13 mm, con flujo vascular inflamatorio.
* Ecografía de abdomen completo (incluye renal): Presenta imágenes redondeadas, hiperecogénicas de 3-7 mm en el bazo.

## **NC\_42**

**Síntomas**

Niño de 5 años que es traído por fiebre de 3 días de evolución con temperaturas máxima de 39.5ºC. Asocia aumento de mucosidad sin tos. No vómitos ni diarreas. Ingesta y diuresis preservada. Ambiente epidemiológico a familiar negativo.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Sin antecedentes personales de interés.
* Vacunación al día.

**Exploración**

* Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal.
* Abdomen: Se palpa polo de bazo, no hepatomegalia.
* Orofaringe: Amígdalas hiperémicas con exudados bilaterales. Sin asimetrías ni abombamientos, úvula centrada. Adenopatías latero-cervicales bilaterales, la de mayor tamaño superior derecha de unos 2 cm. Adenopatía supraclavicular derecha infracentimétrica, móvil, dolorosa a la palpación. No adenopatías axilares ni inguinales.

**Pruebas complementarias**

Analítica sanguínea: Hb 13.2 g/dL, plaquetas 175.000/mm3, leucocitos 15.800/mm3 (linfocitos 8.200/mm3, monocitos 900/mm3, neutrófilos 4.400/mm3). Función renal normal. ALT 289 UI/L, AST 150 UI/L. Bilirrubina 0.4 mg/dL. PCR 22 mg/L. Paul-Bunnell negativo.

## **NC\_43+**

**Síntomas**

Niño de 11 años y 6 meses de edad que acude a urgencias con un cuadro de 6 días de evolución que inicia con rinorrea hialina e hinchazón de ambos párpados. No refiere fiebre no otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Antecedentes perinatológicos: Embarazo controlado. Cesárea indicada por macrosomía fetal a las 41sg. Peso al nacimiento de 4800 gramos.
* Antecedentes personales: Faringoamigdalitis de repetición.
* Vacunación al día.
* No alergias conocidas.

**Exploración**

* Constantes iniciales: Peso 43.6 Kg, Talla 144.2 cm, TA 140/98 mmHg
* TEP estable.
* Buen estado general. Edema bipalpebral con ligero edema facial. Orofaringe con hipertrofia amigdalar grado II/IV, mucosas húmedas. Extremidades móviles, simétricas, edema con fóvea hasta nivel pretibial. Resto de exploración por aparatos normal.

**INFORMACIÓN EXTENDIDA**

* Analítica sanguínea: Hb 12.2 g/dl, Plaquetas 350.000 mm3, Leucocitos 13.200 mm3 (N 81% L13% M4%). Coagulación normal. Gasometría venosa con pH 7.42, pCO2 32.9 mmHg, HCO3 22.1 mmol/L. Ionograma normal, calcio total 8.9 mg/dl. Glucemia 117 mg/dl. Urea 48 mg/dl, Creatinina 0.54 mg/dl. Proteínas 62 g/l, albúmina 35 g/l. Perfil de lípidos normal. ASLO 524 U/ml. IgA 2382 mg/l, IgG 10667 mg/L, IgM 1610 mg/L. Complemento C3 153 mg/l, C4 125 mg/l. Vitamina D 38.4 ng/ml, PTH 17 pg/ml.
* Sedimento de Orina: Sin leucocituria. Gram sin gérmenes. Índice Proteína/Creatinina 0.32 mg/mg.
* Tira de orina: hematíes 7/campo, resto negativo.

## **NC\_44**

**Síntomas**

Lactante de 1 mes y 1 día que es traído por febrícula de horas de evolución con temperaturas máximas de 37.9ºC. Refieren verlo más irritable en las últimas horas. Ha hecho 4 deposiciones. No otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Sin antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos de interés.
* Sin antecedentes personales de interés.
* Calendario vacunal no iniciado por edad.

**Exploración**

Buen estado general. Exploración completa por aparatos normal.

**Pruebas complementarias**

* Analítica sanguínea: Hemoglobina 14 g/dl, hematocrito 40.7%, plaquetas 152.000/mm3, leucocitos 4.300/mm3 (Linfocitos 1.700/mm3, N 800/mm3), Coagulación: TP 123%, Razón TTPA 1.12seg. PCR 59.5 mg/L, PCT 25.77 ng/ml.
* Sedimento de orina (sondaje): 10-25 leucocitos/campo, bacilos Gram negativo.
* Punción lumbar: bioquímica normal, sin gérmenes en la tinción de Gram. Cultivo pendiente.

## **NC\_45+**

**Síntomas**

Niña de 2 años que acude con sus padres a urgencias. Refieren que hace 5 días presenta caída accidental de la cama sin observar lesiones en ese momento. La mañana siguiente, tras su llegada a casa de la guardería, objetivan gran hematoma en mentón que lo relacionan con la caída. Posteriormente, refieren aparición de más hematomas en la frente, extremidades inferiores, axilas y miembros superiores. Afebril durante todo el proceso, manteniendo buen estado general. No episodios febriles intermitentes previos. Deposiciones diarias de características normales. No otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Sin antecedentes perinatológicos de interés.
* Sin antecedentes personales de interés.
* Vacunación al día.
* Antecedentes familiares: hermano de 5 años sano. Padre y madre sanos.

**Exploración**

Buen estado general. Normohidratada. Presenta petequias generalizadas con afectación en tronco, rostro, axilas y extremidades. Además, presenta hematomas de predominio en extremidades inferiores. Gran hematoma en mentón y varios pequeños en frente. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas, hepatomegalia 1-2 traveses de dedo, no esplenomegalia. No signos de irritación peritoneal. Hematoma a nivel de la mucosa yugal derecha.

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

* Analítica sanguínea: Hemoglobina 11,8 g/dl, VCM 76 fl, plaquetas 3.000/mmcc, leucocitos 19.900/mmcc (linfocitos 10.100/mmcc, monocitos 1.200/mmcc, neutrófilos 7.800/mmcc, eosinófilos 800/mmcc). Anisotrombia con plaquetas con granulación conservada. Se observa algún linfocito de aspecto estimulado. Coagulación normal. Ionograma, función renal, transaminasas, bilirrubina y perfil lipídico normales. V.S.G. 2,0 mm. LDH 727 UI/L. PCR 1,3 mg/L. Perfil de hierro normal.
* Radiografía de tórax: normal.

## **NC\_46**

**Síntomas**

Adolescente de 13 años que consulta por fiebre con temperaturas máximas de 40ºC desde hace 4 días asociado a dolor a nivel de la pierna izquierda en la zona del cuádriceps y cojera. No antecedente traumático. No otra sintomatología asociada.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Antecedentes personales: Urticaria crónica desde los 7 años de edad.
* Vacunación al día.
* Sin alergias conocidas.

**Exploración**

* Normohidratado y normocoloreado. Signos de dolor.
* Impotencia funcional de extremidad inferior izquierda. Exploración de la cadera limitada por dolor. Dolor a la palpación a nivel de cuádriceps izquierdo. Rechazo de la marcha. Sin signos inflamatorios locales evidente a nivel de la rodilla ni del pie.

**Pruebas complementarias**

* Analítica sanguínea: Hemoglobina 12,8 g/dl, VCM 86 fl, Plaquetas 236.000/mmcc, Leucocitos 10.000/mmcc (L 1.500/mmcc, M 400/mmcc, N 7.900/mmcc, Bandas 200/mmcc), VSG 39,0 mm, GPT 130 UI/L, GOT 93 UI/L. LDH 567 UI/L, CPK 55 UI/L, PCR 295.5 mg/L.
* Radiología de columna lumbosacra, fémur y pelvis: sin evidencia de lesiones óseas agudas.

## **NC\_47**

**Síntomas**

Niño de 1 año que es traído a urgencias por su madre. Refiere que la han avisado de la guardería porque después de comer ha iniciado dificultad respiratoria y erupción cutánea de forma súbita. No le han dado más información. Refiere 2 vómitos en el camino a urgencias. La madre refiere que esta mañana se encontraba asintomática.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Dermatitis atópica. Broncoespasmos de repetición. No alergias conocidas. Vacunación al día.

**Exploración**

* Temperatura(ºC):36.5, TA 113/89 mmHg. Frecuencia cardíaca:150lpm.
* Buen estado general. Buena coloración. Buena hidratación de piel y mucosas. No petequias. Lesiones habonosas en cara, tronco y extremidades con prurito intenso. Sin expresión ni signos de dolor. Auscultación pulmonar: Leve tiraje subcostal. Buena entrada de aire bilateral, con sibilantes y espiración alargada. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal.

## **NC\_48+**

**Síntomas**

Lactante de sexo masculino de un mes que es traído a urgencias por disminución de la ingesta e hipoactividad. La familia refiere que desde hace 5 días presenta vómitos alimentarios después de cada toma con rechazo completo de la ingesta en las últimas 12 horas. No otra sintomatología.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Antecedentes perinatológicos: tercera gestación, controlada. Ecografías prenatales normales, serologías negativas. No factores de riesgo de infección. Parto eutócico a término (41sg). Peso al nacer: 3560g. Peso al alta: 3230g. Lactancia artificial exclusiva.
* No antecedentes familiares de interés.
* Vacunación no iniciada por edad.

**Exploración**

* Temperatura (C): 37,5 ºC, Frecuencia respiratoria: 36rpm, Sat Hb 100%, Frecuencia cardíaca:166lpm, TAS 87 / TAD 60 (TAm 65).
* Regular estado general. Hipoactividad. Ictericia cutánea y conjuntival. Cutis marmorata. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto de exploración normal por aparatos.

**INFORMACIÓN AMPLIADA:**

Analítica sanguínea: Hb 14.2g/dl, Hto: 41.2%, VCM: 98fl. Plaquetas 426.000/mm3. Leucocitos 13.700/mm3 (L 20%, PMN 66.3%). Coagulación: TP: 94.3%, T. cefalina: 27.1sg, fibrinógeno: 6.4g/L. Gasometría venosa: pH: 7.46, pCO2: 32.8mmHg, bicarbonato: 22.8mmol/L, EB: -0.6mmol/L. Ionograma: Na 118 mmol/L, K: 9.1 mmol/L, Cl: 95mmol/L, Ca iónico 1.19 mmol/L. Glucosa: 42 mg/dl. Urea: 63mg/dl, creatinina: 0.72 mg/dl. Uratos: 6.77mg/dl. Proteínas 69 g/L, albúmina: 41g/L. Bilirrubina total 9.6 mg/dl. ALT: 28UI/L, AST: 44UI/L, PCR: 1.5mg/L, lactato: 1.3mmol/L.

## **NC\_49+**

**Síntomas**

Niña de 5 años que es traída a urgencias derivada de hospital de referencia por decaimiento. Refieren vómitos y diarreas desde hace 4 días asociando fiebre en las últimas 48 horas. Leve cuadro catarral. Diuresis conservada. No otra sintomatología asociada. En el centro emisor se objetiva tendencia a la hipotensión por lo que recibe 2 cargas de volumen a 10 ml/kg.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

* Sin antecedentes personales de interés.
* Sin antecedentes familiares de interés.
* Vacunación al día.

**Exploración**

* Constantes: Febricular 37.6ºC. Frecuencia cardíaca: 218lpm, FR 40 rpm, TA: 70 mmHg/55mmHg. Peso: 20 Kg.
* Regular estado general. Palidez cutánea. Auscultación cardíaca: Tonos cardiacos rítmicos, taquicardia, no se ausculta soplos. Tiempo de recapilarización 3-4 segundos. Extremidades inferiores con pies fríos. Auscultación pulmonar: Sin signos de dificultad respiratoria. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos añadidos. Auscultación simétrica. Abdomen: Blando y depresible, hepatomegalia de unos 3 traveses de dedo. No distensión. Sin dolor ni defensa a la palpación. Ruidos hidroaéreos normales. Consciente. Escala de Glasgow 15 puntos. Sin signos de irritación meníngea. Sin focalidad neurológica.

**Pruebas complementarias**

* Gasometría capilar (centro emisor): pH 7,29, CO2 26,3 mmHg, bicarbonato 12 mmol/L, EB -14,1mmol/L, Na 146 mmol/L, K 5,4 mmol/L, Ca iónico 1 mmol/L, Glucosa 118 mg/dl. Lactato 3,99 mmol/L.
* Filmarray respiratorio en aspirado nasofaríngeo: positivo para Rinoenterovirus y adenovirus.
* Analítica sanguínea: Hemograma normal. PH 7,18, PCO2 45mmHg, HCO3 14mmol/L, EB –10mmol/L. ALT 73 UI/L, AST 474 UI/L. CPKS 2336 UI/L. PCR 17,11mg/L, PCT 0,66ng/ml. Lactato 3,6mmol/L.
* Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico 0.62. Campos pulmonares sin infiltrados. Senos costofrénicos y cardiofrénicos libres.
* ECG: taquicardia sinusal con QRS ancho.

**INFORMACIÓN AMPLIADA**

Ecocardiograma: Función ventricular disminuida.

## **NC\_50**

**Síntomas**

Niña de 5 años que acude a urgencias acompañada de su padre por lesiones cutáneas descamativas en zonas de extensión. Refieren que presenta brotes de lesiones cutáneas desde hace 2 años por lo que han consultado en distintas ocasiones en urgencias.

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Sin antecedentes personales de interés. Sin antecedentes familiares de interés. Vacunación al día.

**Exploración**

Buen estado general. Normohidratada y normocoloreada. A nivel de piel destacan lesiones eritematosas descamativas en zonas de extensión de brazos y piernas, además de lesiones en cuero cabelludo y zona retroauricular. En tronco presenta también lesiones redondeadas descamativas. Resto de la exploración por aparatos normal.

## **NC\_TEMPLATE**

**Síntomas**

Texto

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Texto

**Exploración**

Texto

**Pruebas complementarias**

## **NC\_TEMPLATE**

**Síntomas**

Texto

**Antecedentes, alergias, intervenciones**

Texto

**Exploración**

Texto

**Pruebas complementarias**