



El Rincón del Residente

Coordinadores:

D. Gómez Andrés, J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz,
Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid



El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

B. Fernández Caamaño*, M.M. Romero López*,
B. Calderón Llopis**

*Médico Residente de Pediatría. **Médico Adjunto.
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Pediatr Integral 2012; XVI(4): 337-341

Neonato de 8 días de vida, ingresado por cuadro de bronquiolitis VRS positivo con fiebre y buen estado general. Embarazo controlado, ecografías y serologías prenatales normales. Lactancia materna exclusiva. Cultivo rectovaginal materno para *Streptococcus agalactiae* incompletamente tratado. Se objetiva lesión vesiculosa en el segundo dedo de la mano derecha de día y medio de evolución, coincidiendo con el ingreso en la planta de hospitalización.

¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?

- Melanosis pustulosa neonatal.
- Infección fetal o perinatal por herpes simple.
- Quemadura.
- Ampolla por succión.
- Epidermolisis bullosa simple.



Figura 1.

Respuesta correcta

d. Ampolla por succión.

Discusión

Las ampollas por succión son lesiones causadas por la succión vigorosa del recién nacido o del feto intraútero. Se pueden localizar en antebrazo, muñeca, mano o parte dorsal del pulgar e índice.

Están presentes en muchas ocasiones al nacer o pueden desarrollarse posteriormente, y suelen ser ampollas flácidas, serosas y rodeadas de piel normal.

Están rellenas de un líquido claro y rompen dejando erosiones superficiales.

Su diagnóstico es por exclusión. Debe sospecharse en aquellos recién nacidos o neonatos con estas lesiones características en las localizaciones típicas, pudiendo ser uni o bilaterales, en ausencia de afectación del estado general y sin otra clínica acompañante. Apoya el diagnóstico ver al neonato succionando las zonas afectas (ya sea de forma prenatal, en los controles ecográficos, o postnatalmente).

No precisan tratamiento, ya que se trata de una lesión benigna. Se resuelven de forma espontánea en pocos días.

Dentro del diagnóstico diferencial, debemos tener en cuenta otros procesos que pueden presentar lesiones vesiculo-ampollosas similares: las infecciones (herpes simple, varicela, *Listeria monocytogenes*, sífilis congénita, impétigo ampolloso, *Candida...*), enfermedades autoinmunes (lupus neonatal...), enfermedades ampollosas, *incontinencia pigmenti* y lesiones benignas transitorias (melanosis pustulosa, eritema tóxico...).

En el caso de nuestro paciente, desde su ingreso se mantiene a dieta absoluta con fluidoterapia intravenosa por el cuadro de dificultad respiratoria, lo que favorece la succión continua del dedo índice por la ausencia de ingesta oral y la presencia del reflejo de succión. El estado general era bueno, sin signos clínicos ni analíticos que nos hicieran sospechar una coinfección por ningún otro germen. La afirmación materna y la visualización en repetidas ocasiones por parte del personal médico y de enfermería del mecanismo de succión, permitió confirmar la sospecha diagnóstica y excluir otras patologías de mayor gravedad. Se debe tener en cuenta esta posibilidad e investigarla, ya que podrá evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.

La melanosis pustulosa neonatal es una patología benigna que se manifiesta desde el nacimiento (en nuestro paciente, la lesión aparece a la semana de vida). Las lesiones características son pequeñas pústulas superficiales (a diferencia del aspecto vesicular de la del caso que presentamos) que se rompen con facilidad, dejando un collarite de escama fina y máculas hi-

perpigmentadas. Las lesiones pueden ser escasas o numerosas, afectando a cualquier parte de la superficie cutánea, incluyendo palmas, plantas y cuero cabelludo. Las pústulas perduran 48 horas, pero las máculas pueden persistir varios meses. Su causa es desconocida. No es necesario ningún tratamiento. Es un trastorno asintomático y autolimitado.

La posibilidad de una infección fetal o perinatal por el virus herpes simple no parece la más adecuada dada la ausencia de otras lesiones similares, ni de datos clínicos o analíticos compatibles, en un neonato con buen estado general. La madre no refiere lesiones cutáneas de herpes genital ni a otros niveles.

La opción de la quemadura se descartó por la ausencia de historia clínica compatible y al objetivar la succión continua del dedo índice por parte del neonato.

La epidermolísis ampollosa (EA) se trata de un grupo heterogéneo de patologías hereditarias caracterizadas por una marcada fragilidad de la piel y las mucosas, que desencadena la formación de ampollas y úlceras en respuesta a traumatismos menores. Los sitios que más se afectan son los expuestos a la fricción y la presión frecuentes.

Existen tres formas principales de la enfermedad: EA simple (EAS), de la unión (EAU) y distrófica (EAD). La epidermolísis ampollosa simple típicamente aparece al nacimiento o en infancia temprana. Las ampollas aparecen al nacer, se originan tras un evento traumático y frecuentemente aparecen en las palmas y las plantas; son flácidas y, al romperse, dejan una costra, sin atrofia o cicatriz. La formación de ampollas ocurre con mayor frecuencia en la infancia y disminuye con la edad.

Puede afectar a las mucosas y la distribución corporal es menos caprichosa que en las ampollas de succión, pudiendo aparecer lesiones a distintos niveles en zonas no accesibles a la succión.

Bibliografía

1. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muñoz E, Carballeira I, Acevedo A, Suárez-Amor O, et al. Ampollas de succión neonatales: prevalencia y diagnóstico diferencial. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74(1): 62-4.
2. Howard R, Frieden IJ. Vesicles, pustules, bullae, erosions, and ulcerations. En: Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB, eds. *Neonatal Dermatology*. 2nd. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 131-58.
3. Libow LF, Reinmann JG. Symmetrical erosions in a neonate: A case of neonatal sucking blisters. *Cutis*. 1998; 62: 16-7.
4. Banakar MK. Benign neonatal blistering disorder. *J Neonatol*. 2007; 21: 277-8.
5. Murphy WF, Langley AL. Common bullous lesions-Presumably self-inflicted-Occurring in utero in the newborn infant. *Pediatrics*. 1963; 32: 1099-101.

A Hombros de Gigantes

Las revisiones de pediatría que te pueden interesar publicadas en las revistas internacionales más importantes.

D. Gómez Andrés

MIR. Hospital Universitario La Paz.
Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. IdiPaz-UAM



Pediatría general y extrahospitalaria

★★★★★ Childhood cough. *BMJ*. 2012; 344: e1177

Magnífico artículo que revisa el abordaje diagnóstico y terapéutico de la tos en Pediatría. Los autores proponen un diagnóstico diferencial, una historia y una exploración física dirigida y unos criterios para pruebas de imagen y derivación en la tos aguda y evalúan los beneficios demostrados por los distintos tratamientos. También, revisan la tos crónica, destacando los mismos puntos de la tos aguda. Muy interesante, conciso y bien estructurado.

★★★★★ Paediatric screening for hypercholesterolaemia in Europe. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 272-6

La hipercolesterolemia es un problema importante en Pediatría, ya que un abordaje precoz permitirá evitar importantes complicaciones en la vida adulta. Los autores describen las recomendaciones de cribado de la AAP y de la AHA para la hipercolesterolemia en niños como las diferentes estrategias de cribado desarrolladas en diferentes países. Finalmente, proponen unas recomendaciones y revisan las recomendaciones de tratamiento.

★★★★★ Investigating the pregnant woman exposed to a child with a rash. *BMJ* 2012 344:e1790

Si una madre embarazada te ha preguntado sobre este tema y no has sabido qué hacer (y, sobre todo, no has sabido qué decir), creo que esta revisión te vendrá tan bien como me ha venido a mí. Los autores proponen un abordaje basado en la identificación del tipo de exantema del niño (maculopapular o vesicular). Para cada tipo, los autores revisan las pruebas complementarias que están indicadas en el niño y en la embarazada, la definición de contacto y el tratamiento que hay que proponer a la embarazada.

★★★★★ Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *Lancet*. 2012; 379: 445-52

Importante revisión sistemática que nos ofrece datos sobre el pronóstico de los supervivientes de diferentes "insultos" perinatales, como el nacimiento pretérmino, la sepsis (sobre todo, en prematuros), la meningitis, la hiperbilirrubinemia

y las infecciones congénitas. En sus resultados, destaca la frecuencia de secuelas neurológicas que parece haberse mantenido estable en las últimas décadas (en el probable contexto de disminución de mortalidad pero aumento de la morbilidad en los pacientes más graves). La impresionante cantidad de información que transmiten los autores hacen el artículo de complicada lectura pero, aún así, representa una lectura obligada sobre un tema tan polémico como importante para la mayoría de las subespecialidades pediátricas y para los pediatras de Atención Primaria.

★★★★★ Clinical management of achondroplasia. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 129-34

Como comentan los propios autores, la acondroplasia es una patología lo suficientemente frecuente como para que algún paciente se cruce en nuestro camino. Además, es una enfermedad que puede cursar sin muchas complicaciones si se realiza un abordaje que se anticipe a la instauración clínica de las mismas. La revisión supone un excelente resumen de todos los aspectos relacionados con este síndrome.

★★★★★ The developing immune system – from foetus to toddler. *Acta Paediatr*. 2012; 101: 120-7

El objetivo de este artículo es revisar los conocimientos básicos disponibles sobre el desarrollo del sistema inmune en la infancia para reconocer las implicaciones clínicas de estos hechos. Muy recomendable para ponerse al día en una ciencia emergente y con importantes lazos con la Pediatría, como la Inmunología.

Dermatología

★★★★★ Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatr Dermatol*. 2012; 29(1): 1-14

Los autores realizan una revisión sistemática sobre el desarrollo de la piel en la lactancia y los efectos de los distintos hábitos de cuidados sobre la piel sana. En un campo donde existen recomendaciones contradictorias y creencias y prejuicios que se asimilan a conocimientos, los autores consiguen recopilar datos científicos relevantes para dar recomendaciones sobre el baño o el lavado de los recién

nacidos y sobre el uso de productos de limpieza y sus efectos adversos.

★★★ Update on topical glucocorticoid use in children. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24: 121-8

Valioso artículo, en especial por su discusión sobre los efectos adversos de los glucocorticoides cutáneos.

Digestivo

★★★★★ Reviewing a patient with coeliac disease. *BMJ.* 2012; 344: d8152

Los autores revisan qué aspectos deben cubrirse en cada revisión de un paciente con enfermedad celíaca y el uso razonado de la anamnesis, la exploración física, las pruebas complementarias y las valoraciones por nutricionistas y en Atención Primaria. Revisan las complicaciones graves (insuficiencia pancreática y linfoma de intestino delgado) y a largo plazo (osteoporosis e hipoesplenismo) asociadas a la celiaquía.

★★★★★ Management of chronic hepatitis C infection in children. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24: 113-20

Dada su progresión a cirrosis y las complicaciones, esta revisión general sobre la hepatitis C merece la pena ser leída. Los autores resumen la historia natural de la infección, las peculiaridades de la transmisión vertical, el curso benigno durante la infancia con una progresión en la juventud, el abordaje diagnóstico desde el cribado con ELISA hasta la confirmación con RIBA y PCR, los nuevos biomarcadores no invasivos de la progresión a fibrosis que emergen para evitar la biopsia y los métodos terapéuticos actuales (IFN pegilado + ribavirina) como los emergentes protocolos de triple terapia con inhibidores de la proteasa y otros posibles futuros abordajes.

Endocrinología

★★★★★ Clinical practice: Delayed puberty. *New Engl J Med.* 2012; 366(5): 443-53

Valiosa revisión sobre el retraso puberal. De este artículo cabe destacar la propuesta de un algoritmo diagnóstico con una cuidadosa e interesante argumentación del mismo en el texto. Plantea una serie de pruebas de primera línea (tasa de crecimiento, Tanner, volumen testicular, analítica general, edad ósea, FSH, LH, IGF-1 y testosterona en varones) y pruebas de segunda línea. También, discute los diferentes abordajes terapéuticos, tanto para el retraso constitucional de crecimiento y pubertad como para el hipogonadismo permanente.

★★★★★ Premature adrenarche. *Arch Dis Child.* 2012; 97: 250-4

Excelente artículo donde se revisa la fisiología de la adrenarquia y fisiopatología de la adrenarquia prematura. Los autores proporcionan un resumen de la clínica y de los métodos diagnósticos empleados en la evaluación de esos pacientes para luego abordar las potenciales asociaciones

de este trastorno con el bajo peso al nacimiento, el riesgo cardiovascular, el síndrome del ovario poliquístico y factores genéticos.

Infectología

★★★★★ The Diagnosis of Tuberculosis. *Pediatr Infect Dis J.* 2012; 31: 302-5

Es un tema complicado, pero los autores son capaces de condensar y ordenar una enorme cantidad de información en 3 caras. Los autores repasan la utilidad de los métodos establecidos como los diferentes métodos de examen directo al microscopio y los distintos sistemas de cultivo de las diferentes muestras (esputo, aspirado gástrico, esputo inducido, aspirado nasofaríngeo, heces, líquido cefalorraquídeo...), el test de Mantoux o las pruebas de imagen. También, discuten nuevas tecnologías diagnósticas, como los ensayos basados en bacteriófagos, el sensor de gases, los métodos basados en la reacción en cadena de la polimerasa, los métodos basados en la producción de interferón o el lipoarabinomano.

★★★★★ Management of a child with suspected acute septic arthritis. *Arch Dis Child.* 2012; 97: 287-92

Revisión sistemática sobre el tratamiento de la artritis séptica que discute la elección de antibiótico empírica y dirigida, la duración del tratamiento antibiótico, los métodos para la monitorización de la evolución de estos pacientes y el posible papel de la cirugía en el tratamiento.

★★★★ Advances in management of low-risk febrile neutropenia. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24: 40-5

Interesante revisión sobre el abordaje extrahospitalario de los pacientes oncológicos con neutropenia de bajo riesgo. Los autores discuten puntos clave de esta problemática como: ¿qué es una neutropenia de bajo riesgo en Pediatría?, ¿es seguro y eficaz el tratamiento extrahospitalario? o, ¿es realmente eficiente?

Nefrología y Urología

★★★★ Endoscopic treatment of primary vesicoureteral reflux. *N Engl J Med.* 2012; 366: 1218-26

Tras una muy interesante revisión sobre la situación general del reflujo, los autores revisan la evidencia disponible sobre el tratamiento del reflujo de alto grado y proponen después consejos para el manejo en una situación de evidencia limitada como ésta.

Neurología

★★★★★ Diagnosis and management of the epilepsies in adults and children: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2012; 344: e281

Los autores nos ofrecen una revisión simplificada y resumida sobre las guías del *National Institute of Clinical Excellence* al respecto de la epilepsia. De especial interés, son las dos tablas que acompañan al artículo, describiendo

la terapéutica de primera línea y de segunda elección para los tipos semiológicos y los síndromes epilépticos más frecuentes.

★★★★★ **Encephalitis in children.** Arch Dis Child. 2012; 97: 150-61

Aunque es un síndrome raro, la encefalitis tiene consecuencias potencialmente graves y su manejo ha cambiado marcadamente en los últimos años. Los autores revisan la etiopatogenia, la epidemiología, la clínica y las pruebas complementarias necesarias en el manejo de estos pacientes, para terminar comentando detalles terapéuticos, como la cobertura empírica antiviral y antibiótica, la terapéutica específica de la encefalitis por distintos agentes o el controvertido papel de los esteroides.

★★★★★ **What causes attention deficit hyperactivity disorder?** Arch Dis Child. 2012; 97: 260-7

Concisa puesta al día sobre el papel de los factores genéticos y ambientales del TDAH. Se revisan los resultados de los estudios de genes candidatos, de los GWAS (*Genome-Wide Analysis Studies*) y de los CNV (*Copy Number Variants*) y de la asociación con anomalías cromosómicas y trastornos monogénicos con el TDAH. Se discute el papel de los factores ambientales, como el tabaquismo materno, la ingesta de alcohol o el uso de drogas o el estrés durante el embarazo, el bajo peso o la prematuridad, factores dietéticos o adversidades tempranas en la patogenia del TDAH. También, se analiza la potencialidad de sesgos en los análisis realizados por la interacción genoma-ambiente en el desarrollo de este problema del neurodesarrollo.

Obesidad

★★★★★ **Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome.** Pediatrics. 2012; 129: 557-70

La epidemia de obesidad requiere una actualización constante del conocimiento para el pediatra. El síndrome metabólico es una de sus complicaciones y se caracteriza anatómicamente por el depósito de grasa ectópica y, funcionalmente, por la resistencia insulínica. Los mecanismos íntimos de la resistencia insulínica apenas se conocían hace muy pocos años, pero hoy sabemos muchas cosas sobre los mismos y sobre la importancia que tiene la época pediátrica en su instauración. El objetivo de este artículo es resumirlos para transmitirlos a los pediatras.

Psiquiatría infantil

★★★★★ **Depression in adolescence.** Lancet. 2012; 379: 1056-67

Magnífica revisión sobre una enfermedad que afecta al 4-5% de los pacientes en la adolescencia media y tardía al año. Supone el factor más importante relacionado con una causa de muerte muy frecuente entre nuestros pacientes, como es el suicidio y representa una causa importante de problemas sociales, educativos y de uso de sustancias y de obesidad en este grupo de edad. Sin embargo, se olvida como diagnóstico en una población de por sí olvidada. El objetivo de esta revisión es destacar la importancia de este trastorno y de sus comorbilidades, discutir la etiopatogénesis y ofrecer un algoritmo dedicado a conseguir una mayor tasa de detección y diagnóstico y un abordaje adecuado desde la Atención Primaria. ¡Obligada lectura para cualquier pediatra!

+Pediatría@

Esta nueva sección pretende dar a conocer aquellas tecnologías nuevas para la difícil (o imposible) tarea de enfrentarse a un ordenador para obtener información útil (es decir, de alta calidad, actualizada y completa pero no excesiva).

Pediatric NeuroLogic Exam

D. Gómez Andrés

MIR. Hospital Universitario La Paz.
Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. IdiPaz-UAM

Esta página, de aspecto algo rudimentario, representa una interesante fuente de conocimiento práctico en un área en la que generalmente se sabe menos de lo que se debería saber. En <http://goo.gl/s3JTp>, podemos encontrar 145 vídeos con descripciones sobre la exploración neurológica con una perspectiva basada en el neurodesarrollo. Podemos aprender los detalles de la exploración neurológica del neo-

nato, del lactante (6, 12 y 18 meses) y del inicio de la edad preescolar (2 años).

Creo que esta página es útil para aprender y para resolver dudas de cómo realizar pruebas concretas y supone un esfuerzo muy importante de sus autores para sintetizar puntos vitales de la exploración neurológica.

¡Echadle un ojo!