



El Rincón del Residente



Coordinadores:

J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz, D. Gómez Andrés
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

M. González Gallardo*, M. Triana Junco*,
M.A. Molina Gutiérrez**

*Residente de Pediatría. **Médico adjunto. Hospital Universitario La Paz. Madrid



Pediatr Integral 2013; XVII(8): 574-580

Caso clínico

Varón, de 10 años de edad, que acude a nuestra consulta para valoración de lesiones parduzcas aterciopeladas en cuello y axilas de un año de evolución.

Antecedentes personales

En seguimiento por sobrepeso desde hace varios años. Se realizó encuesta dietética, encontrando ingesta excesiva de bebidas azucaradas y dulces. En tratamiento dietético desde hace un año. No refiere tomar ningún fármaco.

Antecedentes familiares

Padres procedentes de Pakistán. Madre con sobrepeso, diabética, en tratamiento con antidiabéticos orales.

Exploración física

Peso: 61,7 kg (p>99, 2,51DS). Talla: 157,6 cm (p>99, 2,42DS). IMC: 24,8 (p95, 1,69DS). En cuello y axilas presenta las lesiones fotografiadas. No presenta otras lesiones cutáneas. Desarrollo puberal: pubarquia inicial, testes infantiles. Resto: sin hallazgos significativos.



Figura 1.



Figura 2.

Pruebas complementarias

Índice HOMA: resultado de la división del producto Glucemia por Insulina (85 por 31) entre 405, igual a 6,5.

Índice insulina/glucemia: resultado de la división de estos a los 120 minutos igual a 2,3.

Hemograma normal, bioquímica con hormonas tiroideas, perfil lipoproteico y función córtico-suprarrenal normal.

Tabla I. Sobrecarga oral de glucosa 75

<i>Glucemia al inicio</i>	<i>Glucemia a los 30 minutos</i>	<i>Glucemia a los 60 minutos</i>	<i>Glucemia a los 120 minutos</i>
85 mg/dl	124 mg/dl	131 mg/dl	135 mg/dl

Tabla II. Respuesta pancreática

<i>Insulina basal</i>	<i>Insulina a los 30 minutos</i>	<i>Insulina a los 60 minutos</i>	<i>Insulina a los 120 minutos</i>
31 μ U/ml	361 μ U/ml	119 μ U/ml	301 μ U/ml

¿Cuál es su diagnóstico?

- Tiña.
- Acantosis nigricans.
- Eritrasma.
- Ictiosis vulgar.
- Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta

b. Acantosis nigricans.

Discusión

Se trata de unas imágenes correspondientes a la opción B, Acantosis nigricans. Son lesiones hiperpigmentadas, grisáceas y aterciopeladas que aparecen con relativa frecuencia en pacientes con exceso de peso e hiperinsulinemia/resistencia a la insulina (en nuestro caso: índice HOMA 6,5 e índice insulina/glucemia 0,5, por encima del límite establecido en 4 y 0,3, respectivamente). Esta situación es la causa más frecuente de acantosis nigricans. Se ha postulado que este elevado índice de insulina estimularía los queratinocitos y la proliferación de los fibroblastos de la piel via interacción con el IGFR1, lo que daría como resultado la formación de las placas de esta patología⁽¹⁾.

Los sitios más frecuentes de aparición son: cara posterior y lateral del cuello, axilas, pliegues inguinales, fosa antecubital y poplíteo, ombligo y área perianal⁽²⁾.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con las tiñas (lesiones pruriginosas de bordes eritematosos con pequeñas vesículas y/o pápulas), el eritema (infección bacteriana superficial de la piel, que cursa con manchas marrón rojizas bien definidas, pero irregulares y que aparecen en

pliegues) y la ictiosis (escamas finas en áreas de extensión), entre otros.

En nuestro caso, el paciente inició tratamiento con Metformina; ya que, presentaba un IMC elevado, datos de insulinoresistencia asociada y fracaso del tratamiento conductual (dieta y ejercicio). La indicación de este tratamiento farmacológico no debe usarse como terapia aislada, sino de forma complementaria a las terapias básicas de reeducación alimentaria, actividad física y tratamiento conductual⁽³⁾. La Metformina disminuye la glucogenólisis hepática y estimula la captación de glucosa por el músculo y el tejido adiposo⁽⁴⁾. La dosis recomendada inicial en niños es de 425 mg de una vez al día, administrado durante o después de las comidas, con un incremento gradual de la dosis, hasta una dosis máxima recomendada de 1,7 g al día, dividida en dos dosis.

Bibliografía

1. Torley D, Bellus GA, Munro CS. Genes, growth factors and acanthosis nigricans. *Br J Dermatol.* 200; 147(6): 1096-101.
2. Lamolda J. Acantosis nigricans. *FMC.* 2011; 18(8): 501-2.
3. Muñoz MT, Hidalgo MI. Obesidad en la infancia y en la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2011; XV(6): 567-79.
4. Argente J. Obesidad y síndrome metabólico. En: *Manual de Endocrinología Pediátrica.* Madrid: Ergon; 2010. p. 37.