



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

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico



caso clínico interactivo
www.sepeap.org

Nódulos Subcutáneos Neonatales: a propósito de un caso

E. González Forster, D. Rodà Goula

Residentes de Pediatría del Hospital Sant Joan de Déu.
Esplugues de Llobregat. Barcelona



Resumen

Presentamos el caso de un neonato de 9 días de vida que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar nódulos subcutáneos, eritemato-violáceos, indoloros, en ambos brazos, sin otra sintomatología acompañante. Mediante una serie de imágenes de la paciente, proponemos preguntas sobre el diagnóstico diferencial de dichas lesiones, así como las complicaciones asociadas a esta entidad y su tratamiento.

Abstract

We report the case of a 9-day-old infant presented to the emergency room of our hospital with erythematoviolaceous and painless subcutaneous nodules in both arms with no other associated symptoms. By means of a series of photographs we propose some questions concerning the differential diagnosis of these lesions, as well as the possible complications that can occur and their treatment.

Caso Clínico

Niña de 9 días de vida que consulta por lesiones en ambos brazos (Fig. 1), de 6 días de evolución, que no impresionan de dolorosas, ni dificultan la movilidad de los miembros. Se encuentra afebril, sin otra sintomatología asociada. Primera gestación de una madre sana de 31 años. Ecografías prenatales normales. Serologías negativas, rubéola inmune. Frotis vagino-rectal negativo. Se induce parto a la semana 41+3. Los padres refieren bradicardias fetales en el registro cardiotocográfico en el momento de la administración de anestesia epidural. Parto por cesárea por falta de progresión a las 12 horas de inicio de la dinámica de parto. Nace con llanto vigoroso. Apgar 9/10. Peso al nacer 3.900 g. Correcta evolución en período neonatal. Recibe lactancia materna a demanda.

Exploración física

En la exploración física, presenta buen estado general. El tono muscular, los movimientos y la actitud son normales para la edad. La exploración por aparatos es normal. Presenta nódulos eritemato-violáceos, duros al tacto, no adheridos a estructuras profundas, sin aumento de la temperatura local y bien delimitados. Presenta dos en cara externa del brazo izquierdo. En cara externa del brazo derecho presenta una lesión que visualmente tiene forma de cordón de unos 5 cm, en la que se palpan 5 nódulos. No son dolorosos. No otras lesiones cutáneas ni mucosas.

1. Ante la clínica descrita, ¿en qué diagnóstico pensaría inicialmente?
 - a. Celulitis.
 - b. Necrosis grasa subcutánea.
 - c. Fibromatosis.
 - d. Esclerema neonatal.
 - e. Hemolinfangioma.
2. Durante la evolución, ¿qué parámetro bioquímico monitorizaría?
 - a. Transaminasas.
 - b. Creatinina.
 - c. Sodio.
 - d. Calcio.
 - e. PCR.
3. ¿Suplementaría este neonato alimentado al pecho con vitamina D?
 - a. Sí.
 - b. Sí, pero solo hasta los 3 meses.
 - c. Sí, pero solo si es invierno.
 - d. No.
 - e. No, porque requiere alimentación con fórmula artificial.



Figura 1.

Respuestas correctas

1b; 2d; 3d.

Comentario

La necrosis grasa subcutánea (NGS) es una entidad poco frecuente, consistente en una paniculitis lobular que afecta a recién nacidos a término, en las primeras semanas de vida⁽¹⁻⁶⁾. Se caracteriza por la aparición de nódulos aislados eritemato-violáceos no adheridos, bien delimitados y duros al tacto. Tienen un tamaño variable, pueden ser o no dolorosos y se localizan preferentemente en mejillas, nalgas, espalda, brazos y muslos^(1,2). Son lesiones benignas de curso autolimitado, que se resuelven durante los primeros meses de vida⁽²⁾. Se desconoce la etiopatogenia, aunque suele asociarse con diversos eventos perinatales, como: la hipoxia neonatal, la hipotermia, la diabetes gestacional, el trauma obstétrico o la aspiración de meconio, entre otros⁽¹⁾. Se postula que, la combinación de hipoxia tisular localizada, presión mecánica e hipotermia pueden derivar en necrosis y desarrollo consecuente de dichas lesiones. El diagnóstico diferencial de la NGS se establece especialmente con el esclerema *neonatorum*, una paniculitis poco frecuente, de prematuros gravemente enfermos, que se presenta clínicamente como un empastamiento cutáneo difuso y rápidamente progresivo, con una tasa de mortalidad elevada. Se han descrito alteraciones asociadas a la NGS, como: hipoglucemia, anemia, trombocitopenia e hipertrigliceridemia. Sin embargo, cabe destacar, la hipercalcemia como la complicación sistémica más grave de esta entidad, en especial por sus posibles efectos renales y cardiovasculares^(4,7). Por ello, todos los neonatos afectados de NGS deben ser monitorizados con niveles de calcio sérico de forma regular, hasta al menos 6 meses tras la resolución del cuadro clínico; ya que, es durante esta fase cuando suele aparecer la hipercalcemia^(1,9). Además, se debe vigilar la aparición de sintomatología sugestiva de hipercalcemia,

como: letargia, irritabilidad, fallo de medro, estreñimiento, hipotonía o vómitos⁽¹⁾. El tratamiento de estos pacientes incluye, como medidas generales, la ingesta pobre en calcio, evitar la administración de vitamina D y mantener un adecuado estado de hidratación, con administración de suero salino fisiológico por vía intravenosa si es preciso. En los casos de hipercalcemia, la furosemida puede ser útil para inducir calciuresis, aunque su uso ha de ser prudente para evitar situaciones de deshidratación. Los glucocorticoides interfieren en el metabolismo de la vitamina D y frenan la producción extrarrenal de 1-25 dihidroxivitamina D⁽⁷⁾. El tratamiento con calcitonina y bifosfonatos, generalmente se usa como opción de segunda línea en casos resistentes⁽¹⁾.

Bibliografía

1. Mitra S, Dove J, Somisetty SK. Subcutaneous fat necrosis in newborn-an unusual case and review of literature. *Eur J Pediatr*. 2011 Sep; 170(9): 1107-10.
2. Coondoo A, Lahiry R, Choudhury A, and Sengupta S. Tender Skin Nodules in a Newborn. *Indian J Dermatol*. 2013 Jul-Aug; 58(4): 328.
3. Mahé E, Girszyn N, Hadj-Rabia S, Bodemer C, Hamel-Teillac D, De Prost Y. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a systematic evaluation of risk factors, clinical manifestations, complications and outcome of 16 children. *Br J Dermatol*. 2007 Apr; 156(4): 709-15.
4. Pardo R, Morán M, Álvarez CC, Solís G. Hipercalcemia mantenida secundaria a necrosis grasa subcutánea. *Bol pediatr*. 2010; 50: 28-32.
5. Camesellea D, Islasa D, Montenegro T, Afonso JL, Hernández B. Nódulos subcutáneos en un recién nacido. *Actas Dermosifiliogr*. 2006; 97(3): 218-20.
6. Avayú E. et al. Necrosis grasa del recién nacido: A propósito de un caso. *Rev Chil Pediatr*. 2009; 80 (1): 60-64.
7. Aucharaz KS, Baker EL, Millman GC, Ball RJ. Treatment of hypercalcemia in subcutaneous fat necrosis is controversial. *Horm Res*. 2007; 68: 31.
8. Tran JT, Sheth AP. Complications of subcutaneous fat necrosis of the newborn: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2003; 20: 257-261.