



# El Rincón del Residente

Coordinadores:

J. Pérez Sanz, D. Gómez Andrés, J. Rodríguez Contreras  
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](http://www.sepeap.org)*

## Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

### Niña de 11 años con lesiones pruriginosas a nivel lumbar



A. López Martínez\*, V. Moya Dionisio\*, L. Alcántara Canabal\*\*,  
F. Morales Luengo\*\*

\*Área de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias. Médico Interno Residente.

\*\*Facultativo Especialista en Pediatría del Área Sanitaria IV de Asturias

#### Resumen

Las alteraciones cutáneas pueden tener etiologías dispares e involucrar solamente la piel o ser reflejo de la alteración de estructuras profundas. Su localización y forma orientan el diagnóstico. Presentamos dos de estas alteraciones a nivel lumbo-sacro en una niña de 11 años, una de carácter agudo que es motivo de consulta, y otra, presente al nacimiento, con cambios en los últimos meses.

#### Abstract

Cutaneous disorders may have different etiologies. They can affect the skin or deeper structures. The location and shape are useful for diagnosis. Case reported with two lumbosacral abnormalities in a girl aged 11, of acute character which is the reason for consultation and another, present from birth, with changes in recent months.

*Pediatr Integral 2014; XVIII(7): 488-490*



Figura 1.



Figura 2.

### Caso clínico

Niña de 11 años de edad que consulta por un cuadro clínico de lesiones pruriginosas de un par de días de evolución, constituídas por vesículas que se agrupan en forma de racimo en zona glútea izquierda (Fig. 1). A su vez, presenta dos adenopatías inguinales izquierdas, dolorosas y de consistencia gomosa de 1 cm de diámetro longitudinal. Durante la exploración, llama la atención una mácula hiperpigmentada, con tinte marronáceo, localizada en la región lumbo-sacra, a nivel de la línea media, de unos 2 x 3,5 cm de tamaño, que según comenta la madre tiene desde el nacimiento. Desde hace unos meses, presenta mechón de pelo a dicho nivel (Fig. 1). La madre no había consultado con anterioridad por este motivo. A la exploración, no se observa fosita sacra ni otros defectos dérmicos a nivel sacro. No hay debilidad ni defectos en las extremidades inferiores. Se solicita radiografía de columna lumbar y sacra (Fig. 2).

Como antecedentes personales cabe comentar, que ha pasado la varicela a los 3 años y tiene antecedentes de dermatitis atópica. Sin embargo, no presenta otros antecedentes que pudieran ser relevantes, como la falta de control de esfínteres.

1. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?
  - a. Varicela.
  - b. Herpes zóster.
  - c. Quiste pilonidal.
  - d. Espina bífida oculta.
  - e. B y D son correctas.
2. ¿Sería necesaria alguna otra prueba complementaria para concluir nuestra sospecha diagnóstica?
  - a. No, con las realizadas es suficiente.
  - b. Sí, sería necesaria una ecografía abdominal.
  - c. Sí, sería necesario un TC lumbo-sacro.
  - d. Sí, sería necesario una RM lumbo-sacro.
  - e. Sí, serían necesarios potenciales evocados.
3. ¿Qué actitud terapéutica es la más adecuada?
  - a. Tratamiento tópico del cuadro infeccioso con aciclovir.
  - b. Tratamiento oral del cuadro infeccioso con aciclovir.
  - c. Seguimiento evolutivo de la paciente conjuntamente con neurología infantil y neurocirugía.
  - d. No necesita tratamiento alguno.
  - e. A y C son correctas.

## Respuestas a las preguntas

**Pregunta 1. Respuesta correcta:** e. B y D son correctas.

### Comentario

El cuadro clínico de lesiones cutáneas pruriginosas por las que consultaba es compatible con infección herpética; por lo que, se pauta tratamiento con aciclovir tópico, con mejoría después de 5 días de tratamiento. La radiografía lumbo-sacra solicitada confirma nuestra sospecha diagnóstica, al ser informada como falta de fusión de L5, compatible con espina bífida oculta, decidiéndose entonces derivar a la niña a Neurocirugía, donde se solicitó una resonancia magnética nuclear para conocer extensión y posibles lesiones intraespinales.

El herpes zóster es una infección que tiene lugar por reactivación del virus varicela zóster. Para su desarrollo, es necesaria una infección previa por este virus o haber sido vacunado del mismo, siendo un 80% menos frecuente el desarrollo de herpes zóster en este segundo grupo<sup>(1)</sup>. Clínicamente, suele presentarse como un exantema vesiculoso, generalmente doloroso, a lo largo de un dermatoma; previamente, es habitual la aparición de dolor a dicho nivel, fiebre y/o malestar general<sup>(2)</sup>. Suele tener una duración de unos 7-10 días y su tratamiento en población sana es sintomático; aunque en situaciones especiales, como la presencia de dermatitis atópica o la afectación de pares craneales, en especial del área oftálmica, debería considerarse el tratamiento con aciclovir vía oral. No está demostrado que el tratamiento tópico con aciclovir acorte la duración del proceso ni que disminuya la incidencia de neuralgia postherpética<sup>(3)</sup>. De todas formas, de iniciarse este tratamiento debería de hacerse en las primeras 72 horas de infección.

La espina bífida oculta se limita a un defecto de fusión de los arcos vertebrales posteriores, siendo el tipo de malformación más sutil dentro de los disrafismos espinales. Aparece en aproximadamente el 5% de la población, y suele ser asintomática, aunque podemos encontrar alteraciones cutáneas, como: piel atrófica o hiperpigmentada, hemangiomas o hipertrichosis, que pueden sugerirnos la presencia de esta entidad<sup>(4)</sup>. La enuresis nocturna monosintomática nunca tiene relación con esta patología; sin embargo, cuando la enuresis es polisintomática sí que deben de excluirse alteraciones de la médula espinal.

**Pregunta 2. Respuesta correcta:** a. No, con las realizadas es suficiente.

### Comentario

Una vez que se han detectado alteraciones sospechosas, es necesario descartar el diagnóstico de disrafia espinal. La prueba de mayor utilidad, sin ser estrictamente necesaria para el diagnóstico, es la resonancia magnética nuclear; ya que, permite determinar la extensión intraespinal de las

lesiones y la localización exacta del cono medular, lo que es de gran importancia para una eventual resolución quirúrgica<sup>(5)</sup>. Como prueba inicial, la radiografía lumbo-sacra será suficiente para el diagnóstico. La ecografía lumbo-sacra podría tener un rol en los pacientes menores de 6 meses; ya que, los elementos espinales posteriores no se encuentran osificados en los neonatos<sup>(6,7)</sup>.

La actitud ante estos casos es generalmente conservadora, siendo suficiente la observación evolutiva del paciente, aunque siempre de forma multidisciplinar.

**Pregunta 3. Respuesta correcta:** c. Seguimiento evolutivo de la paciente conjuntamente con neurología infantil y neurocirugía.

### Comentario

Es conocido por todos que, hoy en día, la prevención primaria más eficaz para la aparición de defectos del tubo neural es la suplementación con ácido fólico, en el periodo pre y periconcepcional<sup>(8)</sup>; así mismo, el mejor seguimiento de los pacientes afectados por esta entidad es aquel que integra de forma multidisciplinar a: pediatras, rehabilitadores, neurocirujanos y padres.

## Palabras clave

Herpes zóster; Espina bífida oculta; Disrafismo espinal; Herpes zoster; Spina bifida occulta; Spinal dysraphism.

## Bibliografía

- Weinmann S1, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K, Bialek SR, Marin M. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005-2009. *J Infect Dis.* 2013 Dec 1; 208(11): 1859-68. doi: 10.1093/infdis/jit405. Epub 2013 Aug 6.
- Feder HM Jr1, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004 May; 23(5): 451-7; quiz 458-60.
- España A, Redondo P. Actualización en el tratamiento del herpes zóster. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97: 103-14. Vol. 97 Núm.02 doi: 10.1016/S0001-7310(06)73360-9.
- Aparicio Meix JM. Espina Bífida. *Protocolos de Neurología de la AEP.*
- Niklitschek S, Zegpi MS, Romero W. Escuela de Medicina. Departamento de Dermatología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Marcadores cutáneos de disrafia espinal oculta: reporte de 5 casos *Rev. Ped. Elec.* 2011, Vol 8, N° 3. ISSN 0718-0918.
- Kriss VM, Kriss TC, Desai NS, Warf BC. Occult spinal dysraphism in the infant. *Clin Pediatr (Phila).* 1995 Dec.; 34(12): 650-654.
- Korsvik H, Keller MS. Sonography of occult dysraphism in neonates and infants with MR imaging correlation. *Radiographics.* 1992 Mar.; 12(2): 297-306; discussion 307-8.
- Bestwick JP, Huttly WJ, Morris JK, Wald NJ. Prevention of neural tube defects: a cross-sectional study of the uptake of folic acid supplementation in nearly half a million women. *PLoS One.* 2014 Feb 19; 9(2): e89354. doi: 10.1371/journal.pone.0089354. eCollection 2014.