



El Rincón del Residente

Coordinadores: D. Rodríguez Álvarez, E. Ballesteros Moya, F. Campillo i López, E. Pérez Costa
Residentes de Pediatría del Hospital 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 e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Niña de 16 meses con tumefacción en la cara

P. Sánchez Moreno*, I.O. Alonso Rueda**, P. Olbrich***, P.J. Terol Barrero****

*Médico Interno Residente de tercer año de Pediatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío. **Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Instituto Hispalense de Pediatría. ***Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío. ****Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Historia clínica

Niña de 16 meses previamente sana, que consulta por tumefacción en cara de 12 días de evolución. Al comienzo, de coloración rojiza y dura y en unos días se torna violácea y fluctuante (Fig. 1), apareciendo una nueva tumefacción de menor tamaño a nivel retroauricular. No refiere dolor, fiebre, decaimiento u otro síntoma acompañante. Ha recibido tra-

tamiento con ibuprofeno y amoxicilina-clavulánico a dosis habituales durante una semana, sin mejoría. Pruebas complementarias: hemograma normal, ligera linfocitosis relativa (62%), bioquímica, amilasa y transaminasas normales, PCR: 0,92 mg/L, LDH: 505 U/L. Prueba de tuberculina: 0 mm de induración. Ecografía parotídea: imagen intraparotídea de contornos lobulados hipoeoica bien definida de unos 12 x 18 mm.



Figura 1.



Figura 2.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Adenitis por micobacterias atípicas.
- b. Proceso proliferativo maligno.
- c. Adenitis bacteriana.
- d. Parotiditis.
- e. Síndrome PFAPA (fiebre periódica, aftas orales, faringitis y adenitis cervical).

Respuesta correcta

- a. Adenitis por micobacterias atípicas.

Comentario

Las imágenes corresponden a una adenitis por micobacteria atípica. Debe ser el principal diagnóstico de sospecha ante una adenitis de evolución subaguda, indolora y sin otros síntomas acompañantes como la fiebre o el malestar general en un niño menor de 4 años. En este caso, tanto la analítica general como la nula respuesta a antibiótico de amplio espectro apoyan aún más el diagnóstico inicial.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con las adenitis bacterianas, pero principalmente con las adenitis tuberculosas, ya que el aspecto es similar. En estas, suele haber fiebre u otra sintomatología acompañante y un contacto con enfermo bacilífero. La prueba de la tuberculina suele ser positiva en ambas, aunque hay mayor reacción en los casos de *M. tuberculosis*. Otras diferencias que encontramos, son: la edad de aparición (mayores de 10 años las tuberculosas) y su localización (cervical posterior o axilar, en tuberculosas, frente a submandibular o laterocervical, en las producidas por micobacterias no tuberculosas).

En muchos casos, el aislamiento del microorganismo es difícil, pero en nuestra paciente, se aísla *Mycobacterium avium* Complex en el cultivo del contenido de la lesión.

El tratamiento de elección, en caso de adenitis por micobacterias atípicas, es la exéresis del ganglio afecto con una alta tasa de curación, a diferencia de las adenitis tuberculosas, donde se prefiere el tratamiento médico con antituberculosos. En este caso, tras valoración por cirugía maxilofacial y debido a las peculiaridades anatómicas de

la zona que hacen probable la aparición de complicaciones postquirúrgicas, se contraindicó la exéresis y se decidió realizar tratamiento médico con biterapia (Ciprofloxacino + Azitromicina), modificándose a los 2 meses por la escasa respuesta conseguida, a cambio de Rifabutina + Azitromicina, que se mantuvo durante 6 meses más.

Las adenitis por micobacterias tienden a drenar espontáneamente, provocando fistulizaciones crónicas y cicatrices antiestéticas o hipertróficas. En nuestro caso, se produjo drenaje espontáneo de contenido purulento durante semanas que cedió tras pocas semanas de tratamiento médico. Tras 8 meses de tratamiento antibiótico, persistió cicatriz hipertrófica y cambios de coloración cutánea (Fig. 2).

Palabras claves

Linfadenitis; Micobacterias no tuberculosas.

Bibliografía

1. Núñez Cuadros E, Baquero Artigao F. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77: 208.e1-208.e12.
2. Jiménez-Montero B, Baquero-Artigao F, Saavedra-Lozano J, et al. Comparison of *Mycobacterium lentiflavum* and *Mycobacterium avium*-intracellulare complex lymphadenitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2014; 33: 28-34.
3. Pham-Huy A, Robinson JL, Tapiéro B, et al. Current trends in nontuberculous mycobacteria infections in Canadian children: A pediatric investigators collaborative network on infections in Canada (PICNIC) study. *Paediatr Child Health*. 2010; 15: 276-82.
4. Lindeboom JA, Kuijper EJ, Bruijnesteijn van Coppenraet ES, et al. Surgical excision versus antibiotic treatment for non tuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: a multicenter, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2007; 44: 1057-64.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Recién nacida con hemangioma segmentario superficial

R. Maseda Pedrero*, L. Turrión Merino**, M. Feito Rodríguez***

*Médico Interno Residente de Dermatología en Hospital Universitario La Paz. **Médico Interno Residente de Dermatología en Hospital Universitario Ramón y Cajal. ***Médico Adjunto del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz.

Historia clínica

Recién nacida a término, que presenta desde el nacimiento una lesión deprimida en región lumbar de 4 x 3 mm (Fig. 1), con aparición a los quince días de vida de un hemangioma segmentario superficial sobre la misma (Fig. 2). Se realizó una ecografía a las 24 horas de vida, en la que se observó una situación baja del cono medular, por lo que se solicitó una resonancia magnética nuclear (Fig. 3).

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Síndrome PHACEs.
- b. Síndrome LUMBAR.
- c. Síndrome SACRAL.
- d. Síndrome PELVIS.
- e. Son correctas b, c y d.



Figura 1.



Figura 2.

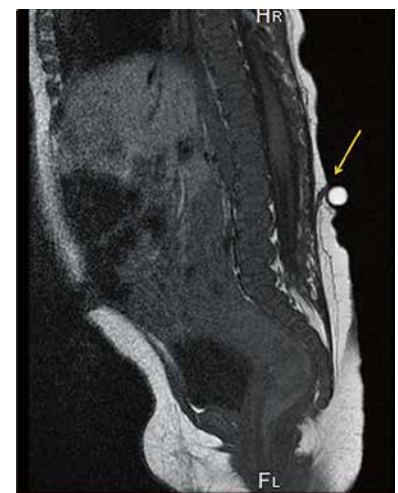


Figura 3.

Respuesta correcta

e. Son correctas b, c y d (LUMBAR/SACRAL/PELVIS).

Comentario

La presencia de dos o más lesiones cutáneas congénitas en línea media, es altamente sugestiva de disrafismo espinal oculto⁽¹⁾. Las lesiones más frecuentemente asociadas son: lipomas, hoyuelos y senos dérmicos. En la figura 1, se observa un defecto cutáneo en la región lumbosacra de nuestra paciente a las 24 horas de vida.

Los hemangiomas segmentarios de la región lumbosacra pueden asociarse a distintas malformaciones. En la figura 2, se objetiva un hemangioma segmentario superficial de aparición a los quince días de vida. Los acrónimos PELVIS/SACRAL/LUMBAR se refieren al conjunto de alteraciones asociadas a hemangiomas de dicha localización. En concreto, PELVIS corresponde a hemangioma Perineal, malformación de genitales Externos, Lipomielomeningocele, anomalías Vesicorrenales, ano Imperforado y apéndice cutáneo (*Skin tag*); SACRAL a: disrafismo eSpinal, alteraciones Anogenitales, alteraciones Cutáneas, alteraciones Renales y hemangioma Lumbosacro; y LUMBAR incluye: hemangioma Lumbosacro, anomalías Urogenitales y Ulceración, Mielopatía, deformidades óseas (*Bony deformities*) y malformaciones Anorrectales, Arteriales y Renales⁽²⁾. LUMBAR incluye, por tanto, las alteraciones óseas y arteriales que los otros acrónimos no incluían. El

disrafismo medular es la alteración más frecuentemente asociada a los hemangiomas lumbosacros, seguido de las alteraciones anorrectales.

En la RMN de nuestra paciente, se confirmó la presencia de un seno dérmico con comunicación intrarraquídea, y siringomielia entre T12 y L1 (Fig. 3). Fue intervenida quirúrgicamente con éxito a los ocho meses de vida.

Ante la aparición de dos o más lesiones cutáneas en la línea media dorsolumbar, se debe realizar una exploración física minuciosa y realizar pruebas de imagen para descartar otras posibles alteraciones asociadas. Actualmente, la resonancia magnética nuclear constituye la prueba radiológica más sensible para detectar un disrafismo espinal oculto^(1,3).

Palabras clave

Hemangioma; Región Lumbosacra; Siringomielia.

Bibliografía

1. Guggisberg D, Hadj-Rabia S, Viney C, Bodemer C, Brunelle F, Zerah M, et al. Skin markers of occult spinal dysraphism in children. *Arch Dermatol.* 2004; 140: 1109-15.
2. Drolet BA, Chamlin SL, Garzón MC, Adams D, Baselga E, Haggstrom AN, et al. Prospective study of spinal anomalies in children with infantile hemangiomas of the lumbosacral skin. *J Pediatr.* 2010; 157: 789-94.
3. Iacobas I, Burrows PE, Frieden IJ, Liang MG, Mulliken JB, Mancini AJ, et al. LUMBAR: Association between Cutaneous Infantile Hemangiomas of the Lower Body and Regional Congenital Anomalies. *J Pediatr.* 2010; 157: 795-801.