



El Rincón del Residente

Coordinadores: F. Campillo i López,
E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez,
E. Ballesteros Moya
*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

Lesiones cutáneas en recién nacido

J.M. Gómez-Luque*, A. Palacios Mellado*, J.M. Gómez-Vida**

* Médico Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Granada.

** Médico Adjunto de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Granada.

Historia clínica

Recién nacido varón de 39+4 semanas de edad gestacional. Peso al nacer: 3.840 g (+1,2 DS), Longitud: 52 cm (+1.1DS). Antecedentes obstétricos: gestaciones: 2, abortos: 0, vivos: 2. Gestación controlada de curso normal. Bolsa rota 24 horas previas al expulsivo. No fiebre materna. Parto de inicio espontáneo, finalizado mediante vacuoextracción. APGAR 8/10 al minuto y cinco minutos, respectivamente. Al nacimiento, precisó reanimación con oxígeno indirecto. Analítica con hemograma, procalcitonina y PCR seriados (2 controles) normales. Hemocultivo negativo. Alta a las 48 horas de vida.

La exploración física neonatal fue normal, salvo la existencia de dos lesiones cutáneas de aspecto erosivo, con forma oval y piel descamada en su periferia, que sugieren la ruptura de una bolla. Se localizan en el borde radial de ambas muñecas y sobre el dorso del primer dedo en la mano derecha. En esta última zona, se aprecia también un leve engrosamiento cutáneo (Fig. 1).

Algunas erosiones demostraron una base denudada indicando ruptura reciente de bullas, mientras que en otras se observaba comienzo de epitelización.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Necrosis de la grasa subcutánea.
- Impétigo bulloso.
- Epidermolisis ampollosa.
- Ampollas de succión.
- Aplasia cutis.



Figura 1.

Respuesta correcta

d. Ampollas de succión.

Comentario

El aspecto del paciente, con ausencia de lesiones a otros niveles y lo típico de la aparición simétrica en zonas de piel accesibles a la succión del recién nacido, permiten el diagnóstico de ampollas de succión. Aunque algunos autores las encuentran hasta en un 2% de los neonatos, en nuestra experiencia, la frecuencia de su aparición es menor. Es importante reconocer esta entidad benigna y autolimitada, y evitar pruebas innecesarias y ansiedad en los padres⁽¹⁻³⁾.

La necrosis de la grasa subcutánea (adiponecrosis) muestra placas redondeadas, induradas, con piel suprayacente de aspecto violáceo o enrojecido. Se suele localizar en la cara (mejillas). Pueden, ocasionalmente, abrirse y eliminar un material de aspecto caseoso (grasa necrosada)⁽⁵⁾.

El impétigo bulloso es la expresión de una infección cutánea por *Estreptococos* del grupo A o *Estafilococo* dorado. Suele aparecer hacia el final de la primera semana de vida. Con aparición de vesículas o pústulas de localización preferente en pliegues. Exige tratamiento antibiótico endovenoso, monitorización estricta y aislamiento del paciente⁽⁴⁾.

La epidermolisis ampollosa engloba varios cuadros clínicos que pueden cursar con manifestaciones que pueden ser locales o extensas, localizadas en zonas de fricción y de aparición progresiva⁽⁵⁾.

La aplasia cutis congénita suele afectar al cuero cabelludo y muestra una o varias lesiones de límites netos. Se asocia a consumo de fármacos maternos (metimazol), infecciones maternas que afectan al feto (varicela, herpes) y a síndromes malformativos, como la trisomía 13⁽⁵⁾.

Bibliografía

1. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muinos E, et al: "Ampollas de succión neonatales: prevalencia y diagnóstico diferencial" *An Pediatr*. 2011; 74: 62-4.
2. Adam R, Schroten H: "Picture of the month. Congenital sucking blisters". *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161: 607-8.
3. Libow LF and Reinmann JG: "Symmetrical erosions in a neonate: a case of neonatal sucking blisters". *Cutis*. 1998; 62: 16-7.
4. Siegfried EC and Esterly NB: "Infecciones de la piel". En: Taeusch HW and Ballard RA (Eds): *Tratado de neonatología de Avery*. 7ªEd. Ediciones Harcourt SA. Madrid. 2000. P. 1299-304.
5. Siegfried EC and Esterly NB: "Dermatosis frecuentes del recién nacido". En: Taeusch HW and Ballard RA (Eds): *Tratado de neonatología de Avery*. 7ªEd. Ediciones Harcourt SA. Madrid. 2000. P. 1305-11.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Sangrado vaginal cíclico en niña prepuberal

I. Bacelo Ruano*, J.A. Alonso Cadenas**, M.T. Muñoz Calvo***

*Médico Interno Residente de segundo año de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

**Médico Interno Residente de tercer año de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

***Médico Adjunto del Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Historia clínica

Niña de 9 años de edad, previamente sana, que consulta por sangrado vaginal de cuatro meses de evolución. En los dos últimos años, había presentado de manera intermitente flujo vaginal "marrónáceo" y fétido que precedió al cuadro actual. El sangrado aparece con una frecuencia mensual y una duración de 3-4 días, con dolor abdominal difuso los días previos, necesitando una compresa al día. No refiere síntomas constitucionales ni traumatismos previos. En su domicilio, no hay medicación que contenga estrógenos ni otros compuestos hormonales. Sin historia de abuso sexual. A la exploración física, no presenta signos de desarrollo

sexual secundario (estadio Tanner I). Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica general normal, estradiol 7,8 pg/ml (vn: 2- 10), LH: 0,01 mUI/ml (vn: 0,01-0,5), FSH: 1,22 mUI/ml (vn: 0,2-1,4). Frotis vaginal: flora habitual. Urocultivo: negativo.

¿Cuál es tu diagnóstico?

- Vulvovaginitis.
- Traumatismo.
- Cuerpo extraño.
- Abuso sexual.
- Exposición exógena a estrógenos.

Respuesta correcta

c. Cuerpo extraño.

Comentario

La figura 1 corresponde a un corte sagital de una ecografía pélvica, donde se aprecia, en el lado izquierdo, el fondo uterino, seguido del cuello, más grande, como corresponde a un útero prepuberal. El tamaño total del útero es de 44 x 8 x 15 mm, normal para la edad de la paciente. Así mismo, se visualiza una imagen hiperecogénica correspondiente a un cuerpo extraño en el fondo de la vagina, en contacto con el cuello uterino, de 14 x 15 x 6 mm.

El principal diagnóstico de sospecha ante un sangrado vaginal en una niña prepuberal, sin antecedentes traumáticos será la vulvovaginitis. Es el problema ginecológico más frecuente en este grupo de edad. Los principales factores implicados serían: la presencia de una mucosa anestrogénica atrófica, un pH alcalino, una menor protección del introito vaginal, la proximidad anatómica del ano, el efecto de productos irritantes locales y la extensión de bacterias respiratorias o fecales al periné a través de las manos o malos hábitos higiénicos. La mayoría son inespecíficas con flora mixta bacteriana, pero pueden aislarse bacterias patógenas específicas, sobre todo, estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*).

Asimismo, debemos realizar diagnóstico diferencial con:

- La presencia de un cuerpo extraño intravaginal.
- La exposición exógena a estrógenos.
- El abuso sexual, debe ser valorada ante síntomas de vulvovaginitis y, especialmente, secundarios a la presencia de cuerpo extraño sin un mecanismo de entrada claro.
- Traumatismos.
- Las malformaciones vasculares (hemangioma).
- La menarquia prematura aislada (sangrado vaginal periódico en niñas entre 1 y 9 años, sin otros signos de desarrollo sexual secundario).

La ecografía pélvica es la prueba de elección para realizar el diagnóstico y, si hay alta sospecha de cuerpo extraño que no es visible en la prueba de imagen, debe realizarse una exploración ginecológica bajo anestesia general.

En nuestro caso, bajo anestesia se extrajo un cuerpo extraño no identificable que fue analizado en anatomía patológica, siendo compatible con *celulosa* (papel higiénico). Tras lo cual, la paciente ha permanecido asintomática, sin aparición de nuevos episodios como el descrito.

Los cuerpos extraños vaginales se pueden presentar con diferente sintomatología. Hay que considerarlo en niñas prepuberales que presenten sangrados vaginales persistentes o recurrentes.

Palabras clave

Sangrado vaginal; Cuerpo extraño; Vulvovaginitis; Estrógenos; Vaginal bleeding; Foreign body; Vulvovaginitis; Estrogens.

Bibliografía

1. Neulander EZ, Tiktinsky A, Romanowsky I, et al. Urinary tract infection as a single presenting sign of multiple vaginal foreign bodies: case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010; 23: e31-3.
2. Nella AA, Kaplowitz PB, Ramnitz MS, et al. Benign vaginal bleeding in 24 prepubertal patients: clinical, biochemical and imaging features. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2014; 27: 821-5.
3. Argente Oliver J, Soriano Guillén L. Pubertad normal y variantes de la normalidad. *Manual de Endocrinología Pediátrica.* 2ª ed. Madrid: Ergon; 2014. P. 51-2.
4. McGreal S, Wood P. Recurrent vaginal discharge in children. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013; 26: 205-8.
5. Shiryazdi SM, Heiranizadeh N, Soltani HR. Rectorrhagia and vaginal discharge caused by a vaginal foreign body--a case report and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013; 26: e73-5.

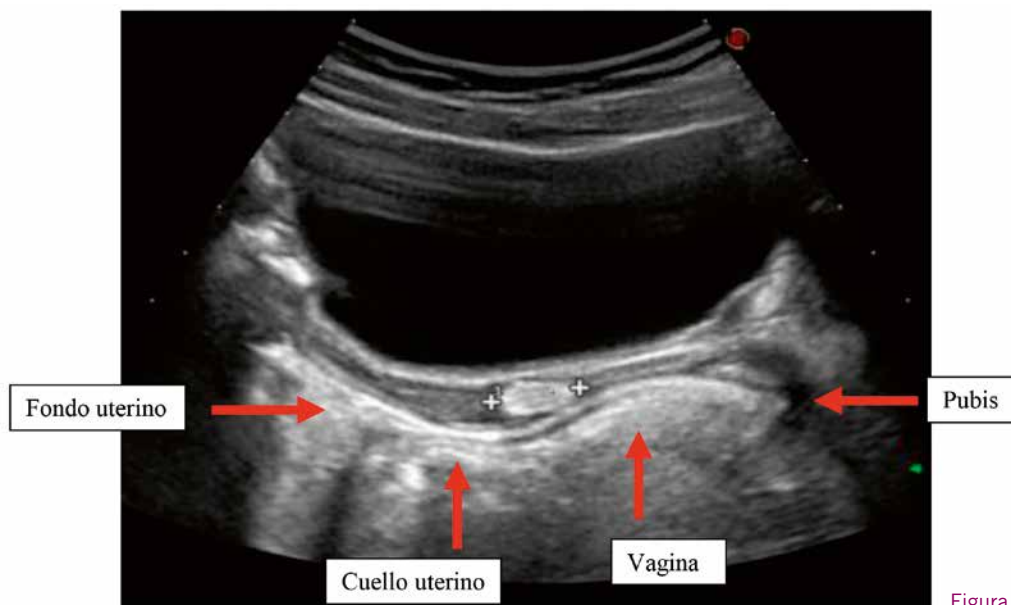


Figura 1.