



El Rincón del Residente

Coordinadores: E. Pérez Costa*,
D. Rodríguez Álvarez*, M. García Boyano*,
I. Noriega Echevarría**

*Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. **Residente de Pediatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. 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

Afectación ungueal en lactante

C. Udaondo Gascón*, M.R. López López**

*Residente de Pediatría, Hospital Infantil Universitario La Paz. **Adjunta Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Infantil Univ. La Paz



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Resumen

Lactante de 18 meses que consulta por caída de varias uñas de una semana de evolución, sin otra clínica acompañante. Como antecedente de interés, hace un mes tuvo un exantema viral con fiebre y síntomas catarrales. A la exploración, lesiones blanquecinas sobreelevadas en varias uñas de las manos.

Abstract

An 18-month-old child presented to our emergency service with one week of fingernail injury with no other symptoms, following viral rash by 4 weeks. Clinical examination revealed transverse ridging and nail shedding of three fingernails.

Caso clínico

Niño de 18 meses que acude a Urgencias por lesiones en las uñas de las manos, desde hace una semana. No refiere traumatismo previo.

Cuatro semanas antes, presentó cuadro febril con un exantema que fue catalogado de enfermedad boca mano pie. El cuadro clínico se resolvió espontáneamente. Una semana después, presentó descamación de pulpejos de manos y pies.

A la exploración física, presenta lesiones horizontales blanquecinas sobreelevadas en uñas de 1º, 2º y 3º dedo de mano izquierda y 1º dedo de mano derecha (líneas de Beau), así como despegamiento proximal de la lámina ungueal del 4º dedo de la mano derecha (Figs. 1 y 2).

¿Cuál es su diagnóstico?

- a. Paroniquia.
- b. Onicomicosis.
- c. Onicomadesis.
- d. Psoriasis.
- e. Liquen plano.



Figura 1.



Figura 2.

Respuesta correcta

c. Onicomadesis.

Comentario

- a. Paroniquia, más conocida como panadizo periungueal. La paroniquia es una infección de la piel periungueal que cursa con enrojecimiento y dolor de la piel, con o sin afectación ungueal asociada, a diferencia de la onicomadesis, en la que no suele afectarse la piel.
- b. Onicomicosis. La onicomicosis es la infección de las uñas por hongos. Clínicamente, puede existir una onicolisis (o separación de la uña del lecho ungueal), hiperqueratosis subungueal (engrosamiento de la uña con descamación subungueal) y discromía (cambio de color de la uña desde amarillento o verdoso hasta marrón o negro), que se inicia por el borde distal y avanza en sentido proximal. Es poco frecuente en la infancia.
- c. Onicomadesis. Ver *discusión*.
- d. Psoriasis. La psoriasis con afectación de las uñas es poco frecuente en niños. La forma de afectación más frecuente es el piqueteado de la superficie ungueal o *pitting*, de distribución irregular, sobre todo en las manos. Otras posibles afectaciones, incluyen: la “mancha de aceite”, coloración amarillenta distal próxima al hiponiquio, limitada por un borde eritematoso, debida a hiperqueratosis subungueal por afectación del lecho; onicorrexis, fragilidad con fisuración longitudinal; hemorragias en astilla; onicolisis, separación distal de la lámina ungueal del lecho; traquioniquia, uñas de superficie rugosa y deslustrada; paroniquia; y mayor riesgo de sobreinfección micótica y bacteriana.
- e. Liqueen plano. La afectación ungueal en liqueen plano, también es rara en niños. Puede presentarse como traquioniquia (uñas finas, rugosas, con múltiples surcos longitudinales), o bien, como: onicorrexis, fisuras o hendiduras longitudinales aisladas y atrofia con coiloniquia (uñas en cuchara).

Discusión

La onicomadesis es una alteración ungueal poco frecuente que consiste en el despegamiento de todo el espesor de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal, dejando un surco horizontal. Las líneas de Beau aparecen como resultado de la detención del crecimiento de la uña debido a una agresión, de modo que la onicomadesis es un grado extremo de este fenómeno.

Aunque la mayoría de casos se consideran idiopáticos, están descritos factores desencadenantes que pueden dividirse en: locales (traumatismos, paroniquia aguda, dermatitis), sistémicos, que ocasionen un estrés agudo (desnutrición, toxicodermias o reagudizaciones de enfermedades graves), fármacos, enfermedad de Kawasaki y algunas infecciones, entre las que se incluyen la escarlatina o la enfermedad boca mano pie.

El diagnóstico de la onicomadesis es clínico, por lo que cobra especial importancia la anamnesis retrospectiva. En general, no son necesarias las pruebas complementarias.

No es necesario ningún tratamiento específico. En la mayoría de casos, la recuperación de las uñas es completa al cesar el agente desencadenante, en un periodo de tiempo que oscila entre las 6 y las 12 semanas.

Palabras clave

Enfermedades de la uña; Dermatología; Pediatría; Nail disease; Dermatology; Pediatric.

Bibliografía

- Meseguer Yebra P, Meseguer Yebra C. Cuando las uñas se caen. La onicomadesis. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15: 161.e67-e70.
- Davia JL, Bel PH, Ninet VZ, et al. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain, associated with hand, foot, and mouth disease caused by enteroviruses. *Pediatr Dermatol*. 2011; 28(1): 1-5.
- Bertrand R, Josette A. Nail Disorders in children. *Diagnosis and management*. *Am J Clin Dermatology*. 2011; 12(2): 101-12.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Lesión ocular asociada a esclerosis tuberosa

I. Naberan Mardaras*, A. Justo Ranera*, M. Bové Guri**

*Residente de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Adjunta de Oftalmología del Complejo Hospitalario de Navarra

Historia clínica

Lactante de 6 meses que ingresa para estudio por pérdida de peso y retraso psicomotor.

Antecedentes personales: padres árabes consanguíneos, sin otros antecedentes de interés. Embarazo a término. Peso al nacimiento: 3.400 g (percentil 50).

Exploración física: peso 6.750 g (percentil 20). Presenta más de tres lesiones cutáneas hipocrómicas. A la exploración neurológica, destaca: hipotonía, retraso del desarrollo psicomotor, ausencia de fijación de la mirada y espasmos en flexión. Dados los hallazgos mencionados, se realiza exploración de fondo de ojo, donde se evidencia una lesión redondeada blanquecina en arcada nasal superior de tamaño similar al diámetro papilar (Fig. 1).

¿Cuál es su diagnóstico?

- Retinoblastoma.
- Coriorretinitis por toxoplasma.
- Hamartoma retiniano.
- Coroiditis por CMV.
- Toxocariasis.

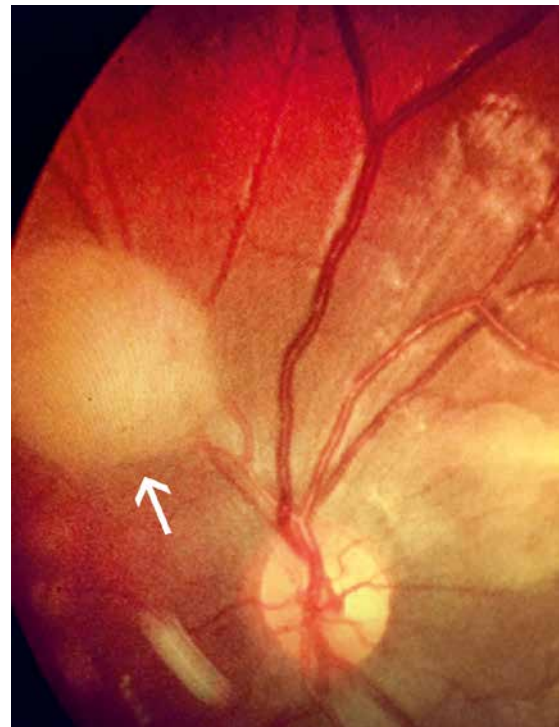


Figura 1.

Respuesta correcta

c. Hamartoma retiniano.

Comentario

El hamartoma astrocítico retiniano, también llamado astrocitoma retiniano, es un tumor raro y benigno que puede aparecer de manera aislada, aunque en la mayoría de los casos se presenta asociado a la esclerosis tuberosa (ET).

Los tres hallazgos clásicos de la ET o enfermedad de Bourneville, conocidos como tríada de Vogt son: retraso mental, convulsiones y angiofibromas faciales. Aunque la presencia de astrocitoma retiniano no es un criterio mayor para el diagnóstico de ET, se considera uno de los criterios menores que refuerza el diagnóstico en casos dudosos. Por ello, ante un paciente con clínica sugestiva de ET, se debe realizar siempre la exploración del fondo de ojo.

Nuestro caso se trata de un bebé afecto de ET con astrocitoma retiniano. El diagnóstico se realizó con la clínica y la presencia de múltiples rabdomiomas intramiocárdicos

(ventrículo izquierdo), la observación de nódulos subependimarios múltiples con la RMN y la visualización en el fondo de ojo izquierdo de un hamartoma retiniano.

El hamartoma astrocítico puede aparecer en cualquier lugar del fondo de ojo, aunque lo más frecuente es que se vean en el polo posterior. Suele ser una masa intrarretiniana blanquecina que puede calcificarse y raramente afecta a la visión.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el retinoblastoma, que es el tumor ocular maligno más frecuente en la infancia. El retinoblastoma suele diagnosticarse durante el primer año de vida y el signo inicial es la leucocoria (pupila blanca), no suele acompañarse de clínica sistémica.

Bibliografía

1. Kansky JJ. Clinical Ophthalmology 6th edition. 2012; 27: 365-8.
2. Urban B, et al. Ocular manifestations of tuberous sclerosis. Klin Oczna. 2001; 103: 47-50.
3. Rowley S, et al. Ophthalmic manifestations of tuberous sclerosis: a population based study. Br J Ophthalmol. 2001; 85: 420-3.