



El Rincón del Residente

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

**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



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Fiebre, pápulas y placa escrotal

P. Viaño Nogueira*, Á. Martín Rivada**, D. Andina Martínez***

*Graduado en Medicina, Médico Interno Residente de segundo año de Pediatría. **Licenciado en Medicina, Médico Interno Residente de cuarto año de Pediatría. ***Licenciado en Medicina, especialista en Pediatría, Médico Adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Historia clínica

Niño de 2 años y 7 meses, de origen francés, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Vacunado según calendario francés, que no incluye inmunización frente a varicela.

Acude al Servicio de Urgencias por fiebre de hasta 39,7°C y una lesión en el escroto, ambas de 5 días de evolución, asociadas a lesiones cutáneas dispersas desde hace 2 días. Había practicado excursionismo en una zona rural del sur de España los días previos, sin existir un contacto estrecho con animales. Refieren aplicación de mupirocina tópica cada 8 horas en la lesión escrotal desde su aparición, sin haber apreciado cambios evidentes.

A la exploración física, presenta buen estado general destacando una escara negruzca en región escrotal derecha (Fig. 1). No se palpan adenomegalias inguinales ni a ningún otro nivel.



Figura 1.

Asimismo, presenta pápulas no pruriginosas de 2-3 mm de diámetro sobre leve base eritematosa en tronco, cabeza y miembros inferiores (en número total de 20), sin afectación de mucosas. No presenta Petequias, costras, vesículas ni pústulas. El resto de la exploración física por aparatos y sistemas es normal.

Se realiza un hemograma: hemoglobina: 11,2 g/dL; leucocitos: 7,33 x 1.000/μL (neutrófilos: 1,16 x 1.000/μL, 15,8%; linfocitos: 5,6 x 1.000/μL, 76,5%); plaquetas: 231 x 1.000/μL. En la bioquímica sérica, únicamente, destaca una proteína C reactiva de 56,5 mg/L. Se extraen muestras para serología.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Fiebre botonosa mediterránea.
- Varicela.
- Enfermedad de Lyme.
- Tifus epidémico.
- Fiebre Q

Respuesta correcta

- Correcta:** la característica mancha negra debe orientar el diagnóstico.
- No presenta síntomas catarrales ni exantema generalizado. Las lesiones no se encuentran en distinto estadio evolutivo (morfología en cielo estrellado) y no son pruriginosas.
- La enfermedad de Lyme no cursa con mancha negra. Su lesión característica se expande por los bordes y se aclara por el centro, adquiriendo un aspecto típico anular (eritema migratorio).
- Es muy raro en España. Es característica la aparición de una escara y la sintomatología neurológica, especialmente cefalea.
- Cursa sin exantema ni escara. Suelen aparecer síntomas gripales, hepatitis (especialmente en España) y neumonía atípica (más frecuente en Norteamérica).

Comentario

Se pauta antibioterapia con doxiciclina a 5 mg/kg/dosis, en dos dosis separadas 12 horas entre sí, y se decide el alta del paciente.

Se recibe un resultado de IgM negativo frente a *Rickettsia conorii*. A los 4 días, se reevalúa al paciente, que se encuentra afebril desde las 24 horas del inicio de la antibioterapia. Las lesiones cutáneas están en fase de resolución, no se objetivan síntomas diferidos ni complicaciones. Se repite la serología en ese momento, obteniéndose una IgM positiva, lo que indica una seroconversión reciente, confirmando el diagnóstico de fiebre botonosa mediterránea (FBM).

La FBM, también conocida como rickettsiosis exantemática de Conor, es una zoonosis producida por *R. conorii*⁽¹⁾. Constituye la rickettsiosis más frecuente en Europa. Es una enfermedad endémica del sur del continente. Se ha estimado una incidencia en España, de 0,36 casos por 100.000 habitantes, con fluctuaciones significativas a lo largo de los años y con mayor incidencia en verano. En la cuenca mediterránea, el vector principal es la garrapata del perro (*Rhipicephallus sanguineus*).

El cuadro clínico es más abrupto que el de otras rickettsiosis. Suelen debutar con fiebre, cefalea y, más tardíamente, aparece el exantema maculopapular⁽²⁻⁴⁾. Es característica la aparición en cerca del 70% de los casos de una escara necrótica negruzca (clásicamente, denominada *tache noire*) en el lugar de inoculación de la bacteria por parte de la garrapata.

La infección por *R. conorii* se diagnostica principalmente mediante serología y reacción en cadena de la polimerasa.

Aunque el segundo método es más rentable, dado que permite su empleo en sangre o en la escara, no está disponible en muchos centros y su sensibilidad puede disminuir en caso de tratamiento antibiótico previo. La serología, en cambio, puede tardar en dar resultados positivos, como en el caso expuesto. El *gold standard* consiste en el cultivo celular de *R. conorii*, pero su aplicación clínica es residual.

La doxiciclina es el tratamiento de elección en pacientes de cualquier edad. Se ha evidenciado que no causa discromía dental o hipoplasia del esmalte a las dosis recomendadas para el tratamiento de las rickettsiosis por picadura de garrapata^(5,6). La duración del tratamiento no está bien establecida. En el presente caso, se optó por tratamiento empírico con doxiciclina a 5 mg/kg/dosis, en dos dosis separadas 12 horas entre sí. En caso de contraindicación absoluta a tetraciclinas, puede considerarse el uso de cloranfenicol o macrólidos (azitromicina, claritromicina), aunque su efectividad es claramente inferior⁽⁵⁾.

Palabras clave

Rickettsia conorii; Fiebre Botonosa; Exantema; Garrapatas; *Rickettsia conorii*; Boutonneuse Fever; Exanthema; Ticks.

Bibliografía

- García-Magallón B, Cuenca-Torres M, Gimeno-Vilarrasa F, Guerrero-Espejo A. Fiebre botonosa mediterránea: epidemiología en España durante el periodo 2009-2012. Rev Esp Salud Pública. 2015; 89: 321-8.
- Font-Creus B, Bella-Cueto F, Espejo-Arenas E, Vidal-Sanahuja R, Muñoz-Espin T, Nolla-Salas M, et al. Mediterranean spotted fever: a cooperative study of 227 cases. Rev Infect Dis. 1985; 7: 635-42.
- Errasti Viader I, Aracil Santos FJ. Zoonosis en pediatría. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, Barreda Bonis AC, Menéndez Suso JJ, Ruiz Domínguez JA (directores). Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2017. pp. 1630-3.
- Silva-Rico JC, Torres-Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatr Integral. 2014; 18(1): 22-36.
- Biggs HM, Behraves CB, Bradley KK, Dahlgren FS, Drexler NA, Dumler JS, et al. Diagnosis and Management of Tickborne Rickettsial Diseases: Rocky Mountain Spotted Fever and Other Spotted Fever Group Rickettsioses, Ehrlichioses, and Anaplasmosis — United States: A Practical Guide for Health Care and Public Health Professionals. MMWR Recomm Rep. 2016; 65: 1-44.
- Todd SR, Dahlgren FS, Traeger MS, Beltrán-Aguilar ED, Marianos DW, Hamilton C, et al. No Visible Dental Staining in Children Treated with Doxycycline for Suspected Rocky Mountain Spotted Fever. J Pediatr. 2015; 166: 1246-51.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



Lesiones cutáneas y dolor con la defecación

A.M. Gutiérrez Sánchez*, M. Marín Andrés*, C. Campos Calleja**

*MIR de Pediatría. **Médico Adjunto de Pediatría, Jefe de Sección de Urgencias
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Historia clínica

Niña de 6 años que acude a Urgencias por erupción cutánea de 6 días de evolución. Inicialmente, presentaba lesiones eritematosas de predominio en cuello, flexuras antecubitales y axilas, que posteriormente se han ido extendiendo, adquiriendo un aspecto más descamativo. Asocia prurito ocasional leve. Presenta proceso concomitante de eritema en región perianal y genital desde hace 10 días, tratado con clotrimazol tópico por su pediatra de Atención Primaria, sin evidenciarse mejoría clínica y, que en el momento actual, se acompaña de dolor con la defecación y encopresis. Febrícula de 37,5°C desde hace 4 días, con pico máximo de 38°C.

No episodios previos similares. No antecedentes dermatológicos personales ni familiares de interés. Convive con un perro. Hace 15 días presentó episodio de deposiciones diarreicas sin fiebre ni otra clínica asociada.

A la exploración física, se objetivan lesiones máculo-papulosas eritematosas, la mayoría de ellas con descamación central blanquecina, predominantes en cuello, pero también

en: área retroauricular, región torácica superior, brazos, flexuras de codos y axilas y raíz de extremidades inferiores, sin afectación de huecos poplíteos. Leve afectación palmar, pero no plantar. Lesiones papulosas descamativas en área peribucal, párpado superior izquierdo y cuero cabelludo. Eritema que abarca toda la región anal y genital, con bordes bien definidos, sin apreciarse fisuras y con alguna lesión máculo-papulosa descamativa en la periferia.

Se realiza test de detección rápida de antígeno de estreptococo del grupo A en región perianal, que es positivo.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Pitiriasis rosada de Gibert.
- Tinea corporis*.
- Impétigo contagioso.
- Dermatitis atópica impetiginizada.
- Psoriasis en gotas, desencadenada por infección estreptocócica.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Respuesta correcta

- e. Psoriasis en gotas, desencadenada por infección estreptocócica.

Comentario

La psoriasis en gotas es frecuente en niños y adolescentes. La erupción tiene un inicio brusco y se precede frecuentemente de un proceso infeccioso, generalmente una faringoamigdalitis por estreptococo o, con menor frecuencia, una dermatitis estreptocócica perianal, como sucede en nuestro caso⁽¹⁻⁵⁾.

Se manifiesta como una erupción de pequeñas pápulas eritematosas descamativas de 2 a 10 mm de diámetro, de distribución generalizada, con predominio en tronco y raíz de extremidades (Figs. 1-3), que puede afectar a la cara y cuero cabelludo. Es característico el signo del rocío hemorrágico de Auspitz: al retirar la escama por rascado, se observa una superficie exudativa con un piqueteado hemorrágico, como se pudo comprobar en nuestra paciente. En niños, la psoriasis tiene además algunas peculiaridades: es típica la afectación facial y flexural y el prurito es un síntoma habitual. El tratamiento de primera elección son los corticoides tópicos de baja potencia en cara y pliegues, y de potencia media en cuero cabelludo, tronco y extremidades⁽¹⁻⁵⁾.

Por otra parte, la dermatitis perianal estreptocócica, producida generalmente por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, se manifiesta como un intenso eritema perianal bien delimitado, que puede extenderse al área genital (Fig. 4). Puede asociar: fiebre, defecación dolorosa, estreñimiento, hematoquecia y prurito anal. Se trata de una patología infra-diagnosticada, ya que suele confundirse con: candidiasis, dermatitis seborreica o atópica e infección por oxiuros. El tratamiento consiste en antibioterapia oral con penicilina o derivados asociados a antibiótico tópico⁽¹⁻³⁾.

En la pitiriasis rosada de Gibert, suele haber una lesión inicial localizada en tronco (medallón heráldico), ovalada y rosada, con collarite de escama blanquecina fina. Posteriormente, aparecen lesiones similares a la inicial, pero de menor tamaño, que se disponen en el tronco en forma de “árbol de navidad”. Rara vez, afectan a la cara. La psoriasis se diferencia

por la falta de placa heráldica y la presencia de una escama más gruesa⁽⁶⁾.

La *tinea corporis*, producida por hongos dermatofitos, puede asociarse al contacto con animales de compañía. Las lesiones se caracterizan por ser anulares, con un centro de color más claro y descamativo, borde activo de crecimiento y tendencia a coalescer, adoptando formas policíclicas⁽⁷⁾.

Las lesiones del impétigo contagioso son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a: vesículas, pústulas y, finalmente, gruesas costras melicéricas. Suelen propagarse por autoinoculación⁽⁶⁾.

El debut de dermatitis atópica a esta edad suele afectar a los pliegues antecubitales y poplíteos, siendo el prurito intenso el síntoma principal, que induce al rascado y este, a su vez, favorece la sobreinfección. Se debe sospechar ante una dermatitis pruriginosa persistente o recurrente⁽⁸⁾.

Palabras clave

Psoriasis; Dermatitis; *Streptococcus*.

Bibliografía

1. Garritsen FM, Kraag DE, de Graaf M. Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal infection. *Clin Exp Dermatol*. 2017; 42: 536-8.
2. Azaña JM, Martínez ML. Psoriasis en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2016; XX: 234-43.
3. Pozo T. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados. *Pediatr Integral*. 2016; XX: 151-8.
4. Hernández ME. Micosis cutáneas. *Pediatr Integral*. 2016; XX: 189-93.
5. Vicente A. Psoriasis en la infancia. *An Pediatr Contin*. 2014; 12: 348-54.
6. Silva JC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 22-36.
7. Ledoux M, Chazerain V, Saiag P, Mahé E. Streptococcal perianal dermatitis and guttate psoriasis. *Ann Dermatol Venerol*. 2009; 136: 37-41.
8. Redondo J, Carrero PA, Sierra E. Dermatitis estreptocócica perianal. *Actas Dermosifiliogr*. 2002; 93: 243-6.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

10 Cosas que deberías saber sobre... ...el empleo de opioides como analgésicos



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

1 Los opioides son fármacos analgésicos que se unen a receptores específicos en el sistema nervioso central (μ [OP3], κ [OP1] y δ [OP2])

2 Se usan fundamentalmente como analgésicos ante dolor de intensidad moderada o grave, si bien, pueden emplearse a dosis menores ante otros síntomas, como la disnea

3 A la hora de administrar un opioide como analgésico, debe pautarse una dosis basal a intervalos regulares y una dosis de rescate para dolor incidental o irruptivo

4 Al contrario que otros analgésicos, los opioides no presentan una "dosis techo", por lo que la dosis empleada en caso de que el paciente presente tolerancia o más necesidad de analgesia, puede aumentarse progresivamente

5 En Pediatría, el opioide de elección es la morfina, por ser el fármaco más empleado y, por lo tanto, con mayor seguridad. Otros opioides empleados frecuentemente, incluyen: el fentanilo, la metadona, la oxycodona o la buprenorfina

6 Los denominados opioides "menores" o "débiles" (codeína y tramadol) han dejado de aconsejarse por problemas en su farmacocinética o por datos insuficientes sobre su utilidad en Pediatría

7 Los efectos secundarios más frecuentes al inicio del tratamiento con opioides son: las náuseas, los vómitos, el prurito o el mareo. Muchos desaparecen según se desarrolla tolerancia al fármaco. Con el uso crónico de opioides, el efecto secundario más frecuente es el estreñimiento, para el que algunos autores recomiendan el empleo de laxantes de manera profiláctica

8 Efectos secundarios más graves, como la depresión respiratoria o la aparición de dependencia o clínica de abstinencia, son raros si los cambios de dosis o su suspensión, se hacen de acuerdo con los protocolos establecidos

9 El cambio de opioide (antiguamente denominado "rotación") solo debe realizarse cuando el paciente presente efectos secundarios importantes o pérdida de eficacia analgésica. Siempre debe hacerse teniendo en cuenta la potencia analgésica comparativa entre los distintos opioides

10 Un aumento en las necesidades analgésicas siempre debe hacer considerar el empleo de fármacos coadyuvantes (p. ej.: fármacos empleados para dolor neuropático), así como de intervenciones no farmacológicas para el control del dolor

Para saber aún más...

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor en niños con enfermedades médicas. 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>.
2. Goldman A, Hain R, Liben S. Oxford Textbook of palliative care for children. 2nd. New York: Oxford University Press. 2012.
3. García Salido A, Martino Alba R. Cuidados paliativos en el paciente crítico pediátrico. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave: síntomas guía, técnicas y cuidados intensivos. Madrid: Ergón; 2014; p. 1679-90.
4. Ortiz San Román L, Martino Alba RJ. De Interés especial: enfoque paliativo en pediatría. *Pediatr Integral*. 2016; XX(2): 131.e1-131.e7.