



El Rincón del Residente

Coordinadores:

L. García Espinosa*, M. García Boyano*,
S. Criado Camargo*, R. Vila de Frutos**,

*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

Exantema pruriginoso

M. Polo de Dios*, N. Arévalo Martín*, M.M. López González**

*Residente de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. **Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca

Historia clínica

Lactante varón de 17 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude por exantema pruriginoso de 8 días de evolución, que comenzó en miembros superiores e inferiores y que, posteriormente, se ha generalizado por: tronco, cara y cuero cabelludo. El paciente se encuentra afebril y no presenta ninguna otra sintomatología acompañante. La madre y una de sus hermanas presentan también un exantema pruriginoso.

A la exploración, se objetivan lesiones papulares eritematodescamativas, con algunas vesículas, dispersas por: tronco, extremidades, región facial y cuero cabelludo, respetando palmas y plantas, así como lesiones de rascado (Figs. 1 y 2). El resto de la exploración es normal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Eccema herpeticum.*
- Acrodermatitis papulosa infantil.
- Histiocitosis de Langerhans.
- Foliculitis pustulosa eosinofílica.
- Escabiosis.



Figura 1.



Figura 2.

Respuesta correcta

e. Escabiosis.

Comentario

La escabiosis o sarna es una infección de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. El contagio es mediante contacto estrecho entre piel o fómites (sábanas, ropa, toallas). El periodo de incubación varía entre 1-3 semanas. La clínica cardinal es el prurito nocturno⁽¹⁾ que, en menores de 3 meses, puede estar ausente. Se debe sospechar especialmente cuando hay varios miembros de la familia afectados.

En los niños, el exantema suele ser generalizado, pudiendo afectar incluso a: cuero cabelludo, cara, palmas y plantas. Se pueden distinguir dos tipos de lesiones⁽²⁾: directas e indirectas. La lesión directa más característica es el surco acarino, el túnel excavado por la hembra del ácaro bajo la piel, con una pápula/vesícula al final del recorrido, que es donde se aloja el parásito. Respecto a las lesiones indirectas, pueden aparecer: pápulas, nódulos o lesiones de rascado.

El diagnóstico es clínico. Con el dermatoscopio se puede ver el surco con mayor detalle y, en uno de sus extremos, el signo del “ala delta”, que corresponde al cuerpo del ácaro.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo, fundamentalmente, con la acrodermatitis papulosa infantil y con la dermatitis atópica. La acrodermatitis papulosa infantil o el síndrome de Gianotti-Crosti se caracteriza por lesiones papulovesiculares asintomáticas de distribución simétrica en: cara, nalgas y superficies extensoras de las extremidades, de color rosado. Las lesiones del *eccema herpeticum* se caracterizan por

ser vesículas que progresan a vesiculopústulas umbilicadas y generalmente agrupadas. La histiocitosis de células de Langerhans puede ser localizada o sistémica; en ambos casos, las lesiones son pápulas, pseudovesículas, que adquieren en unos días aspecto purpúrico. La foliculitis pustulosa eosinofílica se caracteriza por placas pruriginosas y afecta predominantemente a cuero cabelludo.

El tratamiento de elección en niños es la permetrina al 5% de uso tópico⁽³⁾, cuyo uso está aprobado en mayores de 2 meses. Se recomienda tratar a la persona afectada y a los convivientes. Se debe aplicar por todo el cuerpo y, tras 8-12 horas, retirarla con un baño o ducha. Se recomienda dar una segunda aplicación 1-2 semanas después. Deben llevarse a cabo, además, medidas higiénicas, como el lavado de ropa y sábanas a 60°C, o meter la ropa y zapatos usados en bolsas de plástico durante 7 días. El parásito es capaz de vivir fuera del huésped hasta 36 horas a temperatura ambiente.

Palabras clave

Escabiosis; Permetrina; *Scabies*; *Permethrin*.

Bibliografía

1. García Dorado J, Alonso Fraile P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 301-20.
2. Borelevi F, Diallo A, Miquel J, Guerin-Moreau M, Bessis D, Chiavérini C, et al. Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics*. 2014; 133: e910-6.
3. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31: 1248-53.



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”.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Lesiones cutáneas en un neonato

C. Romero García, N. Arévalo Martín, L. San Feliciano Martín

*Residente de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Médico Adjunto especialista en Pediatría (Neonatología). Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Historia clínica

Neonato de 24 días de vida, sin antecedentes de interés, que consulta en Urgencias por exantema generalizado de una semana de evolución. Inicialmente, presentó lesiones pustulosas sobre base eritematosa en: tronco, extremidades superiores y cara, que se resolvieron en 24 horas. En las últimas 48 horas, había comenzado de nuevo con lesiones similares generalizadas con descamación. El exantema no era pruriginoso ni doloroso y el paciente no presentaba fiebre.

En la exploración física, se objetivaban: costras melicéricas, algunas lesiones micropustulosas y áreas desnudas con descamación fina, especialmente en regiones periflexurales, con signo de Nikolsky +/- (Figs. 1 y 2) y, en región facial, dos

placas malares formadas por lesiones papulosas, eritematosas y costras melicéricas.

Se realizó una analítica que no mostró elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva ni procalcitonina), así como un hemocultivo y cultivos de exudado nasal, y de costras melicéricas, los cuales resultaron estériles.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Descamación fisiológica.
- Síndrome de la escaldadura estafilocócica.
- Epidermólisis bullosa.
- Quemadura verdadera.
- Síndrome de Stevens-Johnson.



Figura 1.



Figura 2.

Respuesta correcta

- b. Síndrome de la escaldadura estafilocócica.

Comentario

La respuesta correcta es el síndrome de la escaldadura estafilocócica, una entidad causada por toxinas exfoliativas (ETA y ETB) del *Staphylococcus aureus*⁽¹⁾. El 15% de casos se producen en el periodo neonatal⁽¹⁾ y su contagio suele ser a través de las manos de los cuidadores o mediante punciones.

Inicialmente, en las primeras 24 horas, se produce eritema en la piel y, posteriormente, ampollas⁽²⁾, que suelen ser dolorosas y desprenderse con el tacto (signo de Nikolsky positivo).



Figura 3.

Posteriormente, a partir de las 36-48 horas, se produce una descamación de las lesiones y, en función de la gravedad, puede haber afectación sistémica del paciente (malestar general, fiebre, etc.).

El diagnóstico es clínico. Puede ayudar al mismo la positividad de los cultivos de las zonas afectadas, que en nuestro caso fueron negativos.

El tratamiento es mediante antibióticos antiestafilocócicos, siendo de primera línea, la cloxacilina intravenosa a dosis de 50 mg/kg/día⁽³⁾. El tratamiento temprano de esta enfermedad permite un mejor pronóstico (la mortalidad en neonatos puede llegar a ser del 4%). Tras cinco días de tratamiento, las lesiones de nuestro paciente mejoraron considerablemente (Fig. 3).

Entre las entidades a considerar en el diagnóstico diferencial, están la descamación fisiológica, frecuente en neonatos, en la cual no habría signo de Nikolsky positivo, ni eritema, ni tampoco pústulas. La quemadura verdadera se distinguiría mediante la anamnesis, habitualmente presenta una afectación más localizada y no suele presentar costras melicéricas. La epidermólisis bullosa da lugar a unas ampollas tensas con un halo eritematoso característico (útil para el diagnóstico diferencial) y no cura con tratamiento antibiótico. En cuanto al síndrome de Stevens-Johnson, se trata de una entidad grave que cursa con afectación del estado general, fiebre y afectación de mucosas⁽⁴⁾.

Palabras clave

Síndrome de la escaldadura estafilocócica; Neonatología; Dermatología; Ampolla; Infección cutánea, *Staphylococcal scalding syndrome*; Neonatology; Dermatology; Blister; Skin infection.

Bibliografía

1. Nso AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, de José MI, Aracil FJ, del Castillo F. Síndrome de escaldadura estafilocócica. *An Pediatr*. 2008; 68:124-7.
2. Silva JC, Torres MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 22-36.
3. Moraga-Llop FA, Martínez-Roig A. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 235-43.
4. Alerhand S, Casella C, Koyfman A. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. *Pediatr Emerg Care*. 2016; 32: 472-8.



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".

10 Cosas que deberías saber sobre... ¿andar de puntillas idiopático, qué hacer y a dónde derivar?



M. García Boyano, R. Vila de Frutos,
S. Criado Camargo, L. García Espinosa

La marcha normal punta-talón se adquiere en los primeros 22 meses. Con frecuencia, los niños comienzan a caminar de puntillas, este tipo de marcha puede ser fisiológica hasta los 2-3 años. Hay que tener en cuenta que no todos los niños tienen por qué andar de puntillas durante el aprendizaje de la deambulación.

La mayoría de los niños que andan de puntillas son capaces de apoyar el talón si se les pide, pero aumenta su marcha equina en situaciones de ansiedad, fatiga y estrés.

El diagnóstico debe ser de exclusión.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con procesos neurológicos (parálisis cerebral infantil, mielomeningocele, alteraciones neuropsiquiátricas, como: trastorno del espectro autista, alteración neuromuscular, distrofias musculares y miopatías) y procesos traumatológicos (acortamiento del tendón de Aquiles y contractura del tendón).

Historia clínica: se debe insistir en la historia del embarazo y parto. Investigar sobre antecedentes familiares (en el 50% de los niños que andan de puntillas, algún familiar estuvo afecto) y los hitos del desarrollo motor y de comunicación social.

El Toe Walking Tool es un cuestionario de cribado que permite diferenciar a los niños con desarrollo normal de los que presentan marcha de puntillas idiopática o de origen médico.

Exploración neurológica y articular detallada. En el tobillo normal, el niño es capaz de hacer dorsiflexión de más de 90 grados, tanto con la rodilla en flexión como en extensión. Se pueden realizar diferentes test en la exploración, para orientar el diagnóstico, como el test de Gowers (si es positivo nos orienta a alteración neuromuscular o una distrofia muscular) y el test de Silfverskiöld (alteración en la dorsiflexión plantar).

En caso de ser idiopática, se han probado diferentes formas de tratamiento, desde terapia conductual insistiendo al niño en que apoye el talón, hasta medidas ortopédicas, sin ser ninguna el tratamiento de elección.

En el resto de los casos, el tratamiento debe ir dirigido en función de la etiología. Es importante derivar correctamente al especialista en los que encontremos alteraciones en la exploración física.

La mayoría se resuelven solos con el desarrollo, siendo raro encontrar la forma idiopática por encima de los 8 años.

Para saber aún más...

1. Joseph J, Ruzbarsky DS, Dodwell E. Toe walking: causes, epidemiology, assesment and treatment. Curr Opin Pediatr. 2016; 28: 40-6.
2. Pomarino D, Ramírez Llamas J, Agüero ME, Pomarino A. Clasificación del caminar de puntas del pie. Rev Mex Ortop Ped. 2016; 18; 26-30.



Con el fonendo en la mochila

En la era de la globalización, con la facilidad para viajar a otros países, conocer nuevas culturas y distintas situaciones socio-sanitarias, nace esta sección con el objetivo de dar a conocer las experiencias de residentes de Pediatría, que han salido del país para ampliar sus conocimientos médicos en un contexto diferente al nuestro. Una herramienta de ayuda para todos aquellos que se planteen realizar algo similar.

Pediatr Integral 2020; XXIV (2): 116.e6–116.e7

Información del rotante

- Nombre: Pedro Viaño Nogueira.
- Email: pedro.viano@salud.madrid.org
- Hospital de Origen: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid).
- Año de residencia en el que se realizó la rotación externa: R2.
- Duración de la rotación externa (meses): Un mes (agosto de 2018).

Cuestionario

1. ¿Dónde has realizado tu rotación? ¿Por qué elegiste ese hospital?

Realicé mi rotación en la Clínica pediátrica *Let Children Have Health*, en Meki (Etiopía).

Lo elegí porque este centro es el único que atiende población infantil en una amplia zona rural del sudoeste de Etiopía y está gestionado por la Fundación Pablo Horstmann, una organización española dedicada a la infancia. Además, el proyecto ha sido recientemente reconocido mediante la concesión del Premio UNICEF 2019 en la categoría Transforma.

2. ¿Cómo conseguiste la rotación? ¿Qué documentos o trámites tuviste que realizar?

Tras contactar con diversas organizaciones dedicadas a la cooperación sanitaria, me gustó la labor que lleva a cabo la Fundación Pablo Horstmann. Hablé con ellos y me convocaron a una entrevista para exponerme su proyecto y ver si yo encajaba en él. Finalmente, me seleccionaron para colaborar como médico durante un mes.

Tuve que presentar mi *Curriculum Vitae*, el certificado de idoneidad expedido por el Colegio de Médicos y el título de Medicina legalizado y traducido.



Tuve que contratar además un seguro médico que cubriese mi estancia en Etiopía, lo cual lo tramité a través de la Fundación de Colegios Médicos para la Cooperación Internacional, así como me registré en el Consulado de España en Addis Abeba, para que pudiese ser localizado en caso de emergencia.

3. Una vez iniciada la actividad asistencial, ¿cuál fue tu grado de participación?

Mi integración en la actividad asistencial del centro fue total. Llevaba a cabo mi actividad diaria bajo la supervisión del director médico y de los pediatras de la clínica.

Pasábamos consultas externas diariamente, donde atendíamos a cientos de niños con patologías muy diversas.

Además, atendíamos las salas de hospitalización pediátrica, donde estaban ingresados los niños más graves. Una sala se dedicaba exclusivamente a la desnutrición aguda. En la otra, ingresaba el resto de los niños, principalmente con enfermedades infecciosas.

Por último, atendíamos las urgencias mediante guardias rotatorias.

Adyacente a la clínica, se encuentra un orfanato, también gestionado por la Fundación Pablo Horstmann. Otra de nuestras funciones era realizar el seguimiento de los niños del orfanato y atenderlos cuando lo precisaban.

Al terminar la actividad asistencial diaria íbamos al orfanato a jugar con los niños y ayudábamos a organizar sus actividades de ocio.

4. ¿Se fijaron unos objetivos docentes preestablecidos antes de tu llegada? ¿Se realizó una evaluación de tu labor al final de la rotación?

Mis objetivos docentes estaban bien establecidos durante la rotación. Me centré especialmente en el manejo de la desnutrición y de las enfermedades infecciosas propias de esa parte de África, infrecuentes en España.

Se me evaluó de manera similar a cualquier otra rotación. Dado que la dirección y parte de los médicos son españoles, están acostumbrados al sistema de formación MIR.

5. Resume brevemente los conocimientos/habilidades adquiridas

Destacaría todo lo que he aprendido sobre la práctica médica en un entorno con medios muy limitados, con pruebas complementarias prácticamente ausentes y un arsenal terapéutico reducido. Me ha servido para valorar más el trabajo de otros profesionales que velan por la salud infantil en España: médicos de otras especialidades, farmacéuticos y enfermeros especializados.

También me sirvió para aprender sobre enfermedades apenas presentes en España, como: la desnutrición, la tuberculosis y las parasitosis propias del Cuerno de África.

Por último, aprendí a coordinar situaciones de emergencia (reanimación cardiopulmonar, *shock*, sepsis, estatus convulsivo) con escasos medios humanos y materiales.

6. ¿Cambiarías algo relacionado con tu rotación? En caso afirmativo, ¿qué cambiarías?

Me habría gustado poder rotar durante más tiempo. Trabajar en un medio tan distinto requiere de un periodo de

adaptación que hace que no puedas dar el máximo hasta pasados unos días.

7. Puntúa del 1 al 10 (equivaliendo 1 a una puntuación muy mala y 10 a una puntuación muy buena):

- Enseñanza: 10.
- Supervisión: 9.
- Grado de aprendizaje: 10.
- Puntuación global: 10.

8. ¿Esta rotación ha cambiado tu práctica médica? ¿Ves posible aplicar dichos conocimientos de regreso en tu hospital o en tu futura práctica profesional?

Ha modificado mi forma de enfocar la práctica clínica diaria. No disponer de la mayoría de herramientas diagnósticas y medios terapéuticos a los que estaba acostumbrado, me obligó a tener que apoyarme casi exclusivamente en la anamnesis y en la exploración física para diagnosticar y ser práctico a la hora de prescribir tratamientos. Me gustaría volver a trabajar en cooperación en el futuro, por lo que esta primera aproximación será sin duda muy valiosa.

9. ¿Pudiste implicarte en alguna actividad más allá de la asistencia (docencia, sesiones clínicas, investigación...)? En caso afirmativo, ¿puedes explicarnos qué tipo de actividad?

Aunque la asistencia ocupaba la mayor parte del tiempo, me integré en el programa de sesiones docentes de la Clínica. Además, pude participar en la redacción de un caso clínico para su publicación en una revista científica.



Questionario 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".