



## El Rincón del Residente

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

\**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](http://www.sepeap.org)*

## Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
[www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es)

### Gastroenteritis con mala evolución, ¿intolerancia a los frutos secos?

D. De Freitas Clemente\*, M. Hernández Larrea\*,  
T.M. De Miguel Serrano\*\*

\*Médico de Familia y Comunitaria. Residente del 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud San Fermín, adscrito al Hospital 12 de Octubre, Madrid.

\*\*Pediatra adjunta. Centro de Salud San Fermín, adscrito al Hospital 12 de Octubre. Madrid.

#### Historia clínica

Lactante de 14 meses que presenta vómitos intermitentes, alimentarios, desde hace 10 días asociados a deposiciones líquidas. Diagnosticado de gastroenteritis aguda hace cuatro días en el Servicio de Urgencias de su hospital de referencia. Consulta en su centro de Atención Primaria por persistencia de los síntomas y aparición de fiebre (hasta 40°C) con hiporexia, intolerancia oral y tos durante los últimos 5 días. Los padres refieren que hace unos días introdujeron frutos secos en trozos pequeños en la alimentación de su hijo.

**Antecedentes familiares:** padres de origen marroquí sin viajes recientes a su país.

**Antecedentes personales:** ingreso por bronquiolitis aguda moderada (VRS negativo) hace 2 meses. Calendario vacunal al día.

En la exploración física, se evidencia regular estado general, una saturación de oxígeno de 91-92%, polipneico 38 rpm con quejido, tiraje subcostal y supraesternal, y aleteo nasal. En la auscultación pulmonar, se objetiva hipofonesis en base pulmonar izquierda con algún crepitante aislado. Resto de la exploración física normal.

Se realiza una analítica sanguínea, donde se objetiva: hemoglobina: 9,7 g/dl; hematocrito: 31,5%; leucocitos: 18.000/μl (neutrófilos: 58,6%, linfocitos: 28,7%); plaquetas: 397.000. Procalcitonina: 0,42 ng/ml; y PCR: 6 mg/dl.

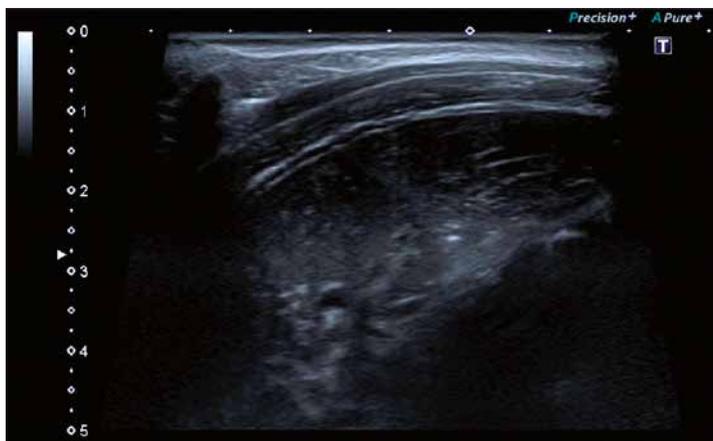


Figura 1.

Figura 2.

Se solicita radiografía (Rx) AP de tórax desde Atención Primaria (Fig. 1) y, tras valoración por el radiólogo de guardia y ante la imagen en hemitórax izquierdo, se decide realizar ecografía torácica como prueba complementaria para descartar la presencia de derrame pleural (Fig. 2).

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Hemitórax hiperlucido con colapso pulmonar, debido a neumotórax en lóbulo superior izquierdo.
- b. Opacidad del hemitórax izquierdo con pérdida de volumen, retracción mediastínica ipsilateral sugestiva de atelectasia por obstrucción de la vía aérea.
- c. Hiperdensidad en mediastino anterior por una masa mediastínica.
- d. Aumento de densidad en base pulmonar izquierda, que borra diafragma en relación con derrame pleural.
- e. Consolidación en base pulmonar izquierda, en relación con neumonía.



## 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](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://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

- b. Opacidad del hemitórax izquierdo con pérdida de volumen, retracción mediastínica ipsilateral sugestivo de atelectasia por obstrucción de la vía aérea.

## Comentario

La radiografía torácica evalúa la presencia de signos sugestivos de atelectasia (desplazamiento de cisuras interlobares, del hilio y mediastino, pérdida de aireación y elevación diafragmática) y el tamaño de esta<sup>(1,2)</sup>. Los niños son más susceptibles de presentar atelectasias, por tener vías respiratorias de menor calibre y debilidad de la pared torácica.

El neumotórax se identifica como una separación de hojas pleurales llenas de gas con ausencia de vasos<sup>(3)</sup>. El neumotórax a tensión aparecería como un hemitórax hiperluciente aumentado de tamaño.

Las masas mediastínicas suelen tener un crecimiento con forma convexa hacia los pulmones con buena definición en sus límites y, en ocasiones, asocian anomalías en costillas y columna vertebral<sup>(3)</sup>.

El derrame pleural aparece como un aumento de densidad agua, sin broncograma aéreo y con ocupación de senos costofrénicos. En bipedestación, se puede apreciar una imagen de menisco. La ecografía es más precisa para detectarlos<sup>(3)</sup>.

La consolidación neumónica no suele tener pérdida significativa de volumen ni hiperinsuflación compensadora. La posición del diafragma es normal o descendida con broncograma aéreo<sup>(1)</sup>.

## Discusión

La aspiración de cuerpo extraño es frecuente en la edad pediátrica, pudiendo tener graves consecuencias. Suele afectar a menores de 5 años (entre los 12 y 36 meses). A esta edad los niños son más susceptibles de broncoaspiración por la ausencia de una dentición adecuada y por la inmadurez en la coordinación de la deglución<sup>(4)</sup>.

Los cuerpos extraños responsables de la mayoría de los casos son los frutos secos (cacahuete y semilla de girasol) y suelen localizarse en el bronquio principal derecho<sup>(5)</sup>. El grado de obstrucción de la vía aérea determina la clínica, pudiendo constituir una situación de emergencia si hay obstrucción completa o complicaciones posteriores como: neu-

monía, bronquiectasias o atelectasias, en caso de obstrucción parcial. El antecedente de un episodio de atragantamiento (hasta un 20% no lo refieren) junto con la clínica respiratoria y la radiografía, nos debería hacer sospechar esta entidad y evitar el retraso diagnóstico, siendo imprescindible una anamnesis detallada<sup>(5)</sup>.

La broncoscopia se indica para evaluar la vía aérea de pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño. El broncoscopio flexible permite explorar los bronquios segmentarios y subsegmentarios, dado su mayor alcance periférico<sup>(6)</sup>; mientras que, el broncoscopio rígido tiene un alcance limitado y se utiliza para procedimientos terapéuticos (extracción de cuerpos extraños en niños).

En nuestro caso, se derivó al centro hospitalario donde se extrajeron mediante fibrobroncoscopia tres fragmentos de cacahuete, confirmando el diagnóstico de sospecha. Se instauró antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día durante 7 días con resolución clínica y radiológica posterior.

## Palabras clave

Atelectasia pulmonar; Neumonía aspirativa; Broncoscopia; Cuerpo extraño; *Pulmonary atelectasis; Aspiration pneumonia; Bronchoscopy; Foreign body.*

## Bibliografía

1. Torres Borrego J, López-Silvarrey Varela A, Rueda Esteban SE, Pérez Frías J, Caro Aguilera P. Atelectasia. Síndrome de lóbulo medio. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1: 103-13.
2. Finder JD. Atelectasis in children. UpToDate (internet). Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acceso el 19 de junio de 2019).
3. Albi Rodríguez G. Semiología básica en radiología de tórax. 2012. *Pediatr Integral.* 2012; XVI(2): 170.e1-e10.
4. Carrillo Arroyo I, Antón-Pacheco Sánchez J. Aspiración de cuerpo extraño. En: Calderón Checa R, Barón González de Suso L, González-Posada Flores A, Mesa García S, Sánchez Díaz JL. *Manual de Urgencias de Pediatría Hospital 12 de Octubre*, 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. p. 206-9.
5. Lluna J, Olabarri M, Domènech A, Rubio B, Yagüe F, Benítez MT, et al. Recomendaciones sobre la prevención de aspiraciones de cuerpos extraños. *An Pediatr (Barc).* 2017; 86: 50.e1-e6.
6. Pérez Ruiz E, Pérez Frías J, Caro Aguilera P. Endoscopia respiratoria. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1: 49-66.

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



## Lactante con lengua de coloración negra-verdosa a la exploración

*Pediatr Integral 2020;  
XXIV (4): 232.e4–232.e5*

C. Luna Arana\*, M.C. Míguez Navarro\*\*

\*Residente de Pediatría de 3º año. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. España.

\*\*Pediatra de Urgencias. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. España.

### Historia clínica

Lactante de 5 meses de raza asiática que consulta por una lesión en la lengua de un mes de evolución, que no ha mejorado tras tratamiento con nistatina tópica ni miconazol tópico.

No asocia irritabilidad, ni alteración o dificultad para la alimentación. Afebril, sin otra sintomatología acompañante.

Como antecedentes personales, destaca una prematuridad de 26+3 semanas que precisó ingreso en neonatología durante 3 meses, con un ductus arterioso persistente intervenido quirúrgicamente y una sepsis por estafilococo epidermidis. Sin otros antecedentes de interés.

En la exploración física, se objetiva lesión a nivel del dorso de la lengua de coloración verdosa-negrucza, con hipertrofia de papilas, que no se desprende con el raspado (Fig. 1).

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Candidiasis oral no tratada correctamente.
- Lengua vellosa negra.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Es una variante de la normalidad.
- Aumento de melanocitos a nivel de la lengua.



**Figura 1.** Lesión verdosa-negrucza de aspecto vellosa a nivel del dorso de la lengua, que no se desprende al raspado, en lactante de 5 meses.



## 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](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://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

b. Lengua vellosa negra.

## Comentario

Por las características de la lesión se trata de una lengua vellosa negra. Esta es una entidad benigna y autolimitada, poco frecuente en la edad pediátrica, caracterizada por la decoloración del dorso de la lengua, debido a una descamación inefectiva de las papilas filiformes linguales. Esto da lugar a papilas hipertróficas con acúmulo de queratina, otorgándole un aspecto vellosa<sup>(1)</sup>. La coloración puede variar entre negra, marrón-verde, amarilla, naranja u otras coloraciones, lo que se atribuye a la proliferación de bacterias cromógenas<sup>(2)</sup>.

Se asocia con ciertos factores precipitantes (que se dan fundamentalmente en la edad adulta), destacando: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de café o té negro, la pobre higiene oral, la xerostomía y el empleo de antibióticos tópicos y sistémicos. Su etiología aún no es conocida, pero se cree que es debida a una alteración de la flora oral junto con determinadas condiciones anatómicas, así como factores ambientales<sup>(3)</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye: la pigmentación simple de la lengua (sin hipertrofia papilar ni hiperqueratosis), la lengua negra por acúmulo de melanocitos (entidad rara, que suele aparecer en pacientes de raza negra con hiperpigmentación parcheada de la lengua), *muguet* (infección por *Candida*, frecuente en la infancia, consistente en placas blanquecinas que se desprenden con el raspado) y la leucoplasia oral vellosa (generalmente en pacientes seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana, consistente en placa blanquecina a nivel de la zona dorsal y ventral de la lengua, así como en mucosa oral)<sup>(2,4)</sup>.

Esta condición es generalmente asintomática y el diagnóstico es clínico. En algunas ocasiones, si se acompaña de clínica infecciosa, se solicitan cultivos para descartar una posible sobreinfección bacteriana o fúngica<sup>(4)</sup>.

Aunque suele resolverse espontáneamente, se recomienda evitar los factores desencadenantes, así como mantener una correcta higiene oral. El tratamiento consiste en el cepillado o raspado suave del área de la lengua con un cepillo blando, de 2 a 3 veces al día, para que se produzca la descamación de las papilas hiperqueratósicas<sup>(5)</sup>. En algunas ocasiones, se requiere el uso de queratolíticos y el empleo de antibióticos y/o antifúngicos en caso de sobreinfección.

En nuestro caso, se tranquilizó a los familiares y se recomendó higiene diaria de la cavidad oral con un cepillo dental de púas suave. La lesión fue mejorando de forma progresiva, hasta su desaparición en 15 días.

## Palabras clave

Lengua vellosa; Lengua negra; Nistatina; Miconazol; *Hairy tongue*; *Black tongue*; *Nystatin*; *Miconazole*.

## Bibliografía

1. Spear RA, Kerins G. Unexpected black tongue: what is it from?. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019; 67: 187-8.
2. González Gómez JM, Peláez Cantero MJ, de la Mota Ybancos JL, Vera Casaño A, Milano Manso G. Lengua vellosa negra en lactante. *An Pediatr.* 2012; 77: 209-10.
3. Negri A, Morina M, Celentano A, Ferruzzi M, Georgatos J, Sciuto C, et al. Black hairy tongue associated with use of amoxicillin: three case reports. *Clin. Toxicol.* 2018; 56: 568.
4. Gurvitis GE, Tan A. Black hairy tongue syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 10845-50.
5. Körber A, Voshege N. Black hairy tongue in an infant. *CMAJ.* 2012; 184: 68.

# 10 Cosas que deberías saber sobre... ...la prevención de malaria en el niño viajero



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

La malaria por *Plasmodium falciparum* es la enfermedad infecciosa adquirida por el viajero que más número de muertes causa en España

Los principios de la prevención de malaria en el niño viajero son tres: informar del riesgo y de la necesidad de buscar atención médica inmediata, prevenir las picaduras y la quimioprofilaxis antimalárica

No es recomendable viajar con lactantes y niños pequeños a zonas de alto riesgo de malaria por *Plasmodium falciparum*

En caso de aparición de fiebre durante el viaje a una zona de riesgo de malaria y hasta 3 meses después de la vuelta, los padres deben buscar atención médica inmediata

Se recomienda el empleo de ropa larga y de colores claros, de mosquiteras y de repelentes; DEET es de elección y puede aplicarse a partir de los 2 meses de vida

En el enlace <https://www.fitfortravel.nhs.uk/destinations> se pueden encontrar mapas que simplifican las recomendaciones sobre quimioprofilaxis antimalárica

Los fármacos más empleados en la quimioprofilaxis antimalárica son la atovacuona/proguanil y la mefloquina. Ambos se pueden emplear a partir de los 5 kg de peso

La atovacuona/proguanil es el fármaco más empleado y mejor tolerado; se toma una vez al día desde 1-2 días antes del viaje hasta 7 días después

La mefloquina, que solo está disponible como medicación extranjera, se toma una vez por semana desde 1 semana antes del viaje hasta 4 semanas después, siendo sobre todo ventajosa en viajes largos, en familias menos motivadas y en quienes la toleraron con anterioridad

Existe poca evidencia respecto al empleo de autotratamiento en niños, por lo que solo debe ser considerado de forma excepcional

## Para saber aún más...

1. Arnáez Solís J, García López-Hortelano M. Paludismo (profilaxis en niños viajeros) (v.2/2010). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico (en línea). Actualizado el 30 de septiembre de 2010; consultado el 5 de diciembre de 2019. Disponible en: [https://guia-abe.es/files/pdf/paludismo\\_profilaxis\\_v2\\_2010.pdf](https://guia-abe.es/files/pdf/paludismo_profilaxis_v2_2010.pdf).
2. Morales R, Rodríguez N, Otero S, Cabanas L, Agüero F, Oliveira I. Guías de recomendaciones de la malaria en viajeros 2019. Barcelona: Esmon Publicidad, S.A.; 2019.
3. World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria. 3rd ed. Geneva: WHO; 2015 (en línea). Consultado el 5 de diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>.