



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

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Aprendiendo dermatología desde el paritorio

M. Salvá Arteaga*, M. Kortabarría Elguero*,
L. López Fernández*, M. Zabala Vélez**

*Residente de Pediatría. Hospital San Pedro de Logroño. **Adjunta de Pediatría Hospital San Pedro de Logroño

Historia clínica

Neonato varón de origen pakistaní, recién nacido a término, con peso adecuado para su edad gestacional, embarazo espontáneo y controlado, con serologías maternas no patológicas y cultivo vagino-rectal negativo para estreptococo agalactiae. Se aprecian en paritorio, lesiones cutáneas de tipo pústula, de predominio en región genital, flexuras y dorso, sin afectación sistémica, ni otras alteraciones. Pasadas 48 horas,

se constata la sustitución de estas por una serie de máculas hiperpigmentadas de manera espontánea (Figs. 1-3).

¿Cuál es su diagnóstico?

- Varicela neonatal tardía.
- Eritema tóxico neonatal.
- Foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia.
- Millium*.
- Melanosis pustulosa neonatal transitoria.



Figura 1.



Figura 2.

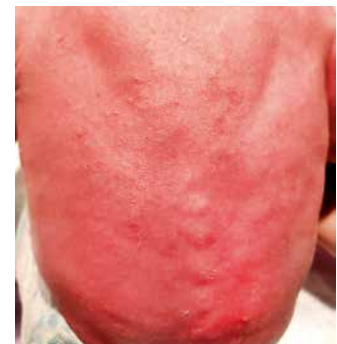


Figura 3.

Respuesta correcta

e. Melanosis pustulosa neonatal transitoria.

Comentario

La melanosis pustulosa neonatal transitoria es una entidad benigna ya presente al nacimiento, tal como muestran las imágenes A y B. Su frecuencia es baja, apareciendo en alrededor de un 5% de los neonatos de raza negra, y en un 1% de los pertenecientes a la raza caucásica⁽¹⁾. Se caracteriza por: lesiones tipo pústula, de pequeño tamaño, en número variable y que pueden aparecer en toda la superficie corporal, incluyendo: cuero cabelludo, palmas y plantas⁽¹⁾. El diagnóstico es principalmente clínico, no se precisan pruebas complementarias de manera rutinaria⁽⁵⁻⁷⁾. Su evolución natural es la sustitución de las pústulas por máculas hiperpigmentadas con collarate descamativo en alrededor de 48 horas, tal como muestra la figura 3, tomada a los dos días de vida. Posteriormente, la superficie cutánea queda sin lesiones residuales y no se producen nuevos brotes^(1,3).

Dado el curso benigno de las lesiones, que se resuelven de manera espontánea, y la ausencia de afectación sistémica, esta patología no requiere tratamiento alguno⁽⁵⁻⁷⁾. El resto de las posibles respuestas, son entidades clínicas con las que convendría hacer diagnóstico diferencial.

La varicela neonatal tardía aparece en recién nacidos cuyas madres han padecido varicela entre los 5 días previos al parto y los 2 días postparto. Se comporta como una entidad grave, con lesiones cutáneas en diferente estadio evolutivo y diseminación sistémica⁽²⁾.

Las lesiones del eritema tóxico neonatal son de tipo máculo-papular, con base eritematosa y no de tipo pustuloso, como las descritas. No aparecen típicamente al nacimiento, sino a las 24-48 horas de vida⁽³⁾.

La foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia se caracteriza por la aparición, principalmente en cuero cabelludo, de pápulas y pústulas estériles pruriginosas, que evolucionan

hacia costras. Cursa en forma de brotes de 2-3 semanas de duración, y tiende a la involución espontánea al llegar a edad preescolar. Los pacientes afectados son típicamente: varones, menores de un año (fuera del periodo neonatal) y de raza caucásica⁽⁴⁻⁵⁾.

El *millium* es una entidad que sí puede aparecer al nacimiento; las pápulas, en este caso, son característicamente de color blanco perlado, aunque en ocasiones pueden ser amarillentas. De forma típica, se localizan en el rostro, sobre todo, en: mejillas, frente y barbilla. Desaparecen en unos 30 días, sin dejar lesiones residuales⁽¹⁾.

Palabras clave

Neonatal; Pústulas; Rash. *Neonatal; Pustules; Rash.*

Bibliografía

1. Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica. Ed. Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 309-16. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.
2. Albañil Ballesteros MR, Romero García A. Grupo de Patología Infecciosa de La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Varicela congénita y neonatal. Documento Resumido. Septiembre 2014. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/documentos-del-gpi>.
3. Vitoria Miñana I. Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante. Dermatitis del pañal. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(3): 195-208. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/195-208-Derm.pa%C3%B1al.pdf>
4. Luelmo Aguilar J, Sáez Artacho A. Foliculitis pustulosa eosinofílica en el lactante. *An Esp Pediatr*. 2001; 55: 154-8.
5. Agustí-Mejías A, Messeguer F, Febrer I, Alegre V. Melanosis pustulosa transitoria del recién nacido / Transient Neonatal Pustular Melanosis. *Actas dermo-sifiliogr*. 2013; 104: 84-5.
6. Balbín Carrero E, Mauleón Fernández C, Valdivielso Ramos M, Hernanz Hermosa JM. Melanosis pustulosa neonatal transitoria. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66: 561-3.
7. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: part I. Common rashes. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 47-52.



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

Algo más que una caída por las escaleras

R. Níñez Lorigados*, L. Vázquez Gómez**

*Médico Interno Residente de cuarto año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Serantes. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

**Facultativo especialista de área de Pediatría. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Historia clínica

Se presenta el caso de una adolescente de 13 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por un traumatismo en el miembro inferior izquierdo. Refiere haber realizado un salto desde lo alto de una escalera, impactando en el suelo con el pie izquierdo “en mala posición”, sin saber precisarla exactamente, presentando desde entonces: dolor intenso e imposibilidad para la deambulación.

En la exploración, presenta tumefacción en la cara anterior de tobillo y el maléolo peroneo izquierdos, con dolor intenso con la flexo-extensión del pie. Sin otras alteraciones. Marcha imposible por dolor.

Ante la sospecha de una fractura de miembro inferior, se decide solicitar radiografía de tobillo (Figs. 1 y 2).

¿Cuál es el diagnóstico?

- Fractura no desplazada de diáfisis tibial.
- Epifisiolisis tipo III de Salter y Harris en tibia distal.
- Fractura bimalleolar de tobillo.
- Fractura triplanar de tibia distal.
- Epifisiolisis tipo II de Salter y Harris en tibia distal, y tipo I en peroné distal.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 1. A y B. Radiografía lateral de tobillo, donde se observan los trazos axial (línea roja) y coronal (línea amarilla).

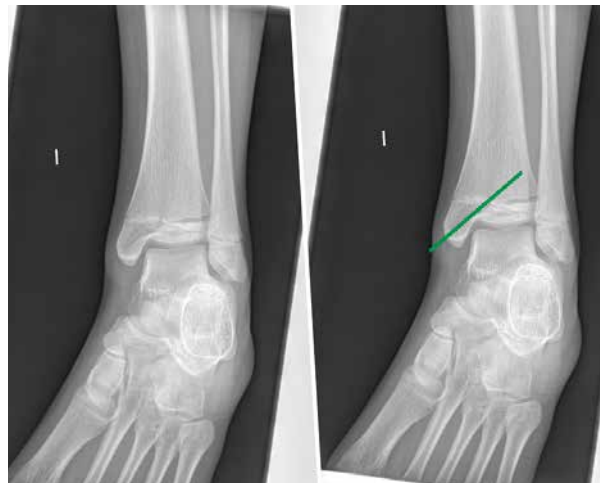


Figura 2. A y B. Radiografía oblicua de tobillo, donde se observa el trazo sagital (línea verde).

Respuesta correcta

d. Fractura triplanar de tibia distal.

Comentario

Este es un caso de **fractura triplanar de tobillo** (Marmor-Lynn), un tipo de lesión compleja e infrecuente, representando un 6-10% de las fracturas epifisarias en adolescentes. Más frecuentes en varones y con edad de presentación mayor que en mujeres, debido al cierre más tardío de la fisis⁽¹⁾.

Se caracterizan por presentar trazos de fractura en los tres planos del espacio: axial, coronal y sagital (Figs. 1-2A y B); y el mecanismo de producción es un traumatismo con el pie en carga, flexión plantar y rotación externa. La mitad de los casos se asocian a fractura de peroné⁽²⁾ y puede asociarse también a fractura de diáfisis tibial, si se acompaña de una fuerza de torsión^(2,3).

Frecuentemente, utilizamos la clasificación de Salter y Harris para referirnos a las fracturas que comprometen la fisis en los niños, pero este tipo de fractura no puede encuadrarse adecuadamente en ninguno de los cuatro tipos de esta clasificación, ya que los trazos de fractura afectan los tres ejes del espacio, simulando diferentes tipos de configuración de Salter-Harris, según la ubicación del trazo y del plano estudiado⁽¹⁾.

El diagnóstico se realiza mediante radiografía simple de tobillo, siendo necesaria la realización de varias proyecciones para poder objetivar todos los trazos de fractura. En la proyección lateral, veremos el trazo coronal; mientras que en la proyección anteroposterior, veremos el trazo sagital y axial. La TAC se puede utilizar en determinados casos para definir bien la extensión y desplazamiento de la fractura, así como para la planificación quirúrgica, si bien, hay discrepancia en este aspecto⁽⁴⁾, y determinados autores recomiendan realización de TAC a todos los pacientes con estas fracturas, pues es

capaz de detectar desplazamientos mayores que la radiografía simple, lo que puede modificar la actitud terapéutica.

El tratamiento puede ser ortopédico mediante reducción cerrada e inmovilización, o quirúrgico, mediante reducción abierta y osteosíntesis con tornillos. Elegir una u otra opción, dependerá en gran medida del grado de desplazamiento de la fractura, optándose por la cirugía, si el desplazamiento es superior a 2,5 mm.

El pronóstico está directamente relacionado con la congruencia articular que se consigue tras el tratamiento, recomendándose reducciones anatómicas de la incongruencia articular con desplazamiento residual <2,5 mm, para evitar: deformidades angulares, artrosis precoz, dismetría o rigidez⁽⁴⁾.

A nuestra paciente, se le realizó el diagnóstico mediante radiografía simple de tobillo y se indicó tratamiento mediante reducción abierta y osteosíntesis con dos tornillos, siendo el resultado satisfactorio en el postoperatorio inmediato y en los controles posteriores.

Palabras clave

Fractura de tibia; Tobillo; Epífisis; Fijación de fracturas. *Tibial fracture; Ankle; Epyphises; Fracture fixation.*

Bibliografía

1. Hirsch M, Flores F, Ardiles O, Rios D. Comprendiendo las fracturas triplanares de la tibia distal. *Rev Chil Rad.* 2016; 22: 114-20.
2. Cuzmar-Grimalt D, Escudero-Heldt M, Aldunate-González JT, Plaza-Guzmán N. Fractura de tobillo en adolescentes: fractura triplanar de tobillo asociada a fractura de pierna. *Acta Ortopédica Mexicana.* 2016; 30: 144-6.
3. Rico-Pecero J, Dwyer A. Fractura triplanar de tobillo relacionada con fractura tibial homolateral en un adolescente. Caso clínico. *Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol.* 2009; 53: 254-6.
4. Dussán Arango DM, Del Fresno Molina JA, Ruiz Sanz J, Abad Lara JA. Resultado funcional de las fracturas triplanares de tibia distal. *Rev. S. And. Traum. Y Ort.* 2014; 31: 41-6.