

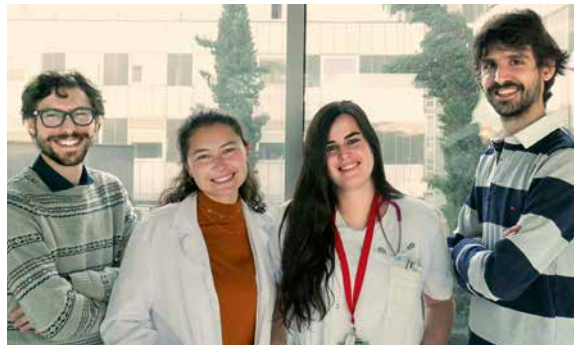


## El Rincón del Residente

Coordinadores: L. García Espinosa\*, M. García Boyano\*, S. Criado Camargo\*, J.A. Soler Simón\*\*

\*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

\*\*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)

## Un hallazgo incidental poco frecuente en Pediatría

M. Sánchez Tierraseca<sup>a</sup>, L. de las Heras Gómez<sup>b</sup>, T. Hernández Bertó<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico interno residente de cuarto año de Pediatría. <sup>b</sup>Médico interno residente de segundo año de Pediatría.

<sup>c</sup>Adjunto de Pediatría. Unidad de Gastroenterología Pediátrica.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

### Historia clínica

Niña de 13 años de edad, en seguimiento por Endocrinología por hirsutismo de origen periférico. Presenta una menstruación regular, sin otros antecedentes de interés. Como parte del estudio del hirsutismo se realiza una ecografía abdominal, donde se observa una imagen hiperecogénica adherida a la pared de la vesícula biliar de 0,3 cm de diámetro, sin sombra acústica posterior y con calibre normal de la vía biliar (Fig. 1). No presenta dolor abdominal, coluria o acolia, ni síndrome constitucional. Afebril y sin otra sintomatología acompañante. La exploración física es anodina salvo hirsutismo, según escala de Ferriman-Gallwet, mayor de 8 puntos.

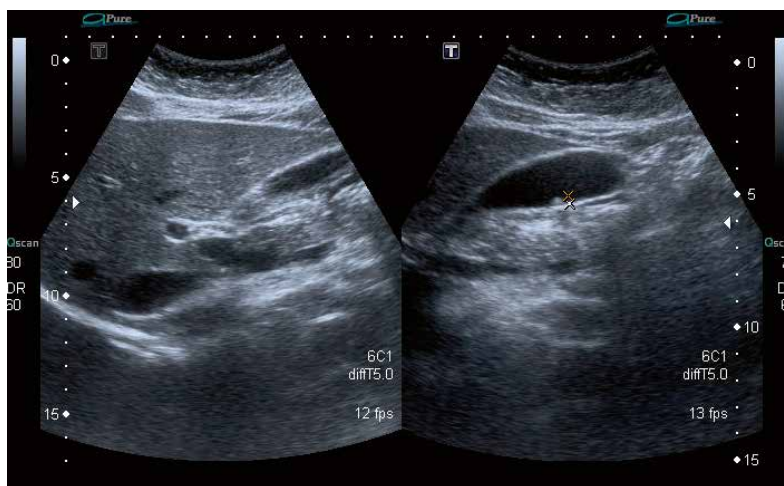


Figura 1.

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Colangitis aguda.
- b. Pólipo biliar.
- c. Litiasis biliar pigmentaria.
- d. Colecistitis aguda.
- e. Quiste de colédoco.

## Respuesta correcta

b. Pólipo biliar.

## Comentario

- La opción a es incorrecta: infección de los conductos biliares, generalmente secundaria a obstrucción. Se suele presentar como: fiebre, ictericia y dolor abdominal. La ecografía muestra engrosamiento de la pared, estenosis y dilatación de la vía biliar. El tratamiento exige medidas de soporte, antibioterapia intravenosa y tratamiento quirúrgico posterior. Esta opción es incorrecta, ya que nuestra paciente se encuentra asintomática y, en la ecografía, no existe dilatación de vía biliar ni engrosamiento de la pared.
- **La opción b es correcta:** apreciamos una imagen hiperecogénica adherida a la pared de la vesícula biliar que, a diferencia de la litiasis biliar, no presenta sombra acústica, compatible con pólipo de vesícula biliar. Suele ser asintomático y hallarse de forma incidental, como es el caso de nuestra paciente. Las lesiones polipoideas no adenomatosas (pseudopólipos) suelen ser menores de 10 mm y, dentro de estas, la más frecuente es el pólipo de colesterol, por lo que probablemente nos encontremos ante un pseudopólipo de colesterol.
- La opción c es incorrecta: presencia de cálculos en la vía biliar intrahepática y extrahepática. En la ecografía, es característica una imagen hiperecogénica con sombra acústica. El tratamiento dependerá de la clínica y factores de riesgo, habitualmente expectante en asintomáticos y colecistectomía si complicaciones. La diferencia fundamental es la ausencia de sombra acústica en nuestra paciente, dato que sí encontraremos en la litiasis biliar.
- La opción d es incorrecta: infección de la vesícula biliar, secundaria a obstrucción del conducto cístico (litiasis, tumores, etc.). La ecografía muestra la pared de la vesícula biliar engrosada con signo de Murphy ecográfico positivo. La clínica y el tratamiento son similares a la colangitis. Opción incorrecta, ya que nuestra paciente se encuentra afebril, anictérica y con ausencia de dolor, sin dilatación u obstrucción biliar.
- La opción e es incorrecta: malformación congénita que consiste en la dilatación quística del árbol biliar, normal en nuestra paciente. La clínica es variable, desde asintomático hasta dolor, ictericia y masa en cuadrante superior derecho. En la ecografía, aparece un quiste de una porción del colédoco o de este completo. El tratamiento es quirúrgico, con escisión completa del quiste y colédoco-yeyunostomía.

Los pólipos biliares se dividen en primarios, cuando no asocian patología digestiva, y secundarios, si asocian enfermedades como: leucodistrofia, anomalías pancreatobiliares o síndrome de Peutz-Jeghers<sup>(1)</sup>. Histológicamente, se dividen

en: pseudopólipos (colesterol, inflamatorios o hiperplasia adenomatosa) y verdaderos (tumores mesenquimatosos, adenomas o adenocarcinomas)<sup>(2)</sup>.

Aunque presenta una baja incidencia en Pediatría, se aprecia un predominio femenino y una edad media de 11 años<sup>(2)</sup>. La mayor parte son asintomáticos o presentan una clínica inespecífica, encontrándose de forma incidental en ecografías realizadas como parte del estudio de otra patología, aunque de forma ocasional, podrían producir obstrucción del conducto cístico provocando una colecistitis secundaria. Su evolución es variable, pudiendo: disminuir de tamaño hasta incluso la desaparición de la lesión; estabilizarse; aumentar de tamaño; o incluso evolucionar hacia la malignización, esto último no descrito en niños<sup>(2)</sup>.

En cuanto al diagnóstico diferencial, la principal patología con la que debemos realizarlo es con la litiasis biliar, ya que ambas patologías podemos encontrarlas de forma incidental en una prueba de imagen, generalmente la ecografía abdominal, siendo en la mayoría de ocasiones (aunque con mayor frecuencia el pólipo biliar), asintomáticos. La diferencia entre ellas es que, aunque ambas presentan una imagen ecográfica redondeada e hiperecogénica, el pólipo biliar no presenta sombra acústica posterior, a diferencia de la litiasis. En raras ocasiones, puede producir obstrucción del conducto cístico y provocar una colecistitis aguda de forma secundaria, pero en estos casos, además de la imagen ecográfica compatible, tendríamos clínica de obstrucción biliar (fiebre, ictericia, dolor abdominal y patrón colestásico).

El manejo en Pediatría no está bien establecido. Se ha propuesto seguimiento ecográfico cada 3-6 meses durante los 2 primeros años y, posteriormente, anual. La colecistectomía estaría indicada: si mide más de 10 mm, asocia litiasis, es sésil, crece rápidamente o produce clínica<sup>(3)</sup>. Algunos centros proponen la colecistectomía en todo niño con pólipo biliar<sup>(3)</sup>.

El aumento de su incidencia como hallazgo incidental por el mayor uso de la ecografía y escasa bibliografía publicada, genera interés en el pediatra en cuanto a su conocimiento.

## Palabras clave

Vesícula biliar; Enfermedades de la vesícula biliar; Colecistectomía; Litiasis. *Gallbladder; Gallbladder diseases; Cholecystectomy; Lithiasis.*

## Bibliografía

1. Demirbas F, Caltepe G, Comba A, Bilgin MC, Eren E, Abbsagulyev H, et al. Gallbladder Polyps: rare lesions in childhood. *JPGN.* 2019; 68: 89-93.
2. Torrecilla J, Rius JM, Hernández S, Cueto EM. Pólipos primarios de vesícula. *An Pediatr.* 2011; 75: 284-86.
3. Carabaño I, Suárez VM, Llorente L, Grandos A. Lesiones polipoideas en la vesícula biliar: ¿ha habido novedades en los últimos 5 años? *Act Pediatr Esp.* 2011; 69: 236-38.

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
www.pediatriaintegral.es

## Hiperestesia y eritema periflejural ampoloso

B. Aguilar Janita\*, A. Barrés Fernández\*, J.R. Bretón-Martínez\*\*

\*Médico Interno Residente de Pediatría.

\*\*Médico Adjunto de Pediatría. Profesor Asociado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universitat de Valencia. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia

### Historia clínica

Niño de 3 años sin antecedentes de interés, que fue atendido en Urgencias para valoración por eritrodermia difusa, hiperestesia cutánea e irritabilidad de 3 días de evolución. El cuadro clínico se inició con un eritema axilar no pruriginoso que, posteriormente, se hizo más evidente en pliegues cervicales, inguinales y zonas periorificiales. No asociaba fiebre ni odinofagia.

En la exploración clínica destacaba la irritabilidad y un eritema difuso más intenso en zonas de pliegues y a nivel peribucal e intensamente doloroso a la palpación, junto con edema y eritema palpebral bilateral sin enrojecimiento conjuntival (Fig. 1). Presentaba una lesión descamativa en la zona de roce de la cinta elástica del calzoncillo, que dejaba una erosión de 2 cm de superficie húmeda, roja y brillante (Fig. 2). El resto de la exploración por aparatos era normal.

En el análisis sanguíneo presentaba un recuento leucocitario de  $14.320/\text{mm}^3$  con  $8.400$  neutrófilos/ $\text{mm}^3$  y proteína C reactiva en límites normales, sin otros resultados de interés. Se extrajo hemocultivo y se tomaron muestras de frotis nasal, cutáneo y orofaríngeo para cultivo bacteriológico.

Se decidió ingreso hospitalario para observación médica y tratamiento. A los dos días, inició una descamación en láminas en las zonas previamente eritematosas (Fig. 3).

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Necrólisis epidérmica tóxica.
- Síndrome de Stevens Johnson.
- Impétigo bulloso.
- Síndrome de piel escaldada estafilocócica.
- Escarlatina.



Figura 2.



Figura 1.



Figura 3.

## Respuesta correcta

d. Síndrome de piel escaldada estafilocócica.

## Comentario

La sospecha clínica inicial fue el síndrome de piel escaldada estafilocócica (SPEE). Este cursa, inicialmente, con una eritrodermia dolorosa, más marcada en áreas flexurales y en el área periorificial facial<sup>(1)</sup> (Fig. 1), con preservación de las mucosas<sup>(2)</sup>. Tras 24-48 horas, aparecen vesículas en las zonas eritematosas, que forman bullas frágiles y, posteriormente, descamación “en sábana” (Fig. 3), dejando un área eritematosa y húmeda, con aspecto de “piel escaldada”<sup>(3)</sup>.

Este cuadro clínico plantea el diagnóstico diferencial con dos entidades vesiculoampollosas: el síndrome de Stevens-Johnson, que afecta a menos del 10% de la superficie corporal; y la necrólisis epidérmica tóxica, que afecta a más del 30%<sup>(4)</sup>. Ambas entidades se manifiestan también con eritema y lesiones ampollosas, a veces, precedidas del consumo de fármacos, tienen afectación de dos o más mucosas e, histológicamente, cursan con desprendimiento de todo el grosor de la epidermis<sup>(4,5)</sup>, a diferencia del SPEE, en el que únicamente se desprende el estrato granuloso y córneo de la epidermis.

El impétigo bulloso, considerado una manifestación local del SPEE, también está producido por cepas toxigénicas de *S. aureus*. Sin embargo, presenta ampollas flácidas agrupadas en las zonas de infección, no hay eritema circundante, el cultivo de las lesiones es positivo y el signo de Nikolsky es negativo<sup>(6)</sup>.

El exantema inicial también podría recordar a la escarlatina, pero esta suele presentar lengua aframbuesada, amigdalitis exudativa y característicamente no forma vesículas<sup>(5)</sup>.

El SPEE es producido por cepas de *S. aureus* productoras de las toxinas exfoliativas A y B<sup>(2)</sup>. Desde el sitio de infección, las toxinas alcanzan por vía hemática el estrato granuloso de la piel, causando la escisión entre los queratinocitos con la formación de bullas y posterior descamación en sábana<sup>(4,7)</sup>. El diagnóstico es clínico. *S. aureus* podría aislarse en frotis nasal o faríngeo, pero no de las lesiones cutáneas que son estériles<sup>(1)</sup>.

El tratamiento incluye: fluidoterapia, analgesia y antibióticos antiestafilocócicos intravenosos, como la cloxacilina o vancomicina, en zonas con elevada prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR)<sup>(8)</sup>. Algunos autores

recomiendan asociar clindamicina para inhibir la producción de toxinas<sup>(9)</sup>. La duración total del tratamiento debe ser de 10-14 días, pudiendo pasar a vía oral cuando se aprecie una mejoría clínica del paciente<sup>(10)</sup>.

Nuestro caso evolucionó favorablemente con tratamiento con cloxacilina y clindamicina intravenosas. En el cultivo del frotis faríngeo se aisló *S. aureus* sensible a meticilina y a clindamicina. Completó 12 días de tratamiento antibiótico, siendo 7 por vía intravenosa y 5 por vía oral en domicilio con amoxicilina-clavulánico.

## Palabras clave

Síndrome estafilocócico de la piel escaldada; *Staphylococcus aureus*; Dermatitis exfoliativa. *Staphylococcal scalded skin syndrome*; *Staphylococcus aureus*; *Exfoliative dermatitis*.

## 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. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *World J Pediatr*. 2018; 14: 116-20.
3. Diiorio DA, Humphrey SR. Infecciones bacterianas cutáneas. Síndrome de piel escaldada por estafilococos (enfermedad de Ritter). En: Kliegman RM, Geme ST, Blum N, et al, editores. *Nelson tratado de Pediatría*. 21a ed. España: Elsevier; 2020. p. 3553-4.
4. Joyce JC. Enfermedades vesiculoampollosas. En: Kliegman RM, Geme ST, Blum N, et al, editores. *Nelson tratado de Pediatría*. 21a ed. España: Elsevier; 2020. p. 3480-4.
5. Silva JC, Torres MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integr*. 2014; XVIII: 22-36.
6. Moraga-Llop FA, Martínez-Roig A. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integr*. 2012; XVI: 235-43.
7. Amagai M, Stanley JR. Desmoglein as a target in skin disease and beyond. *J Invest Dermatol*. 2012; 132: 776-84.
8. Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2014; 28: 1418-23.
9. Braunstein I, Wanat KA, Abuabara K, McGowan KL, Yan AC, Treat JR. Antibiotic sensitivity and resistance patterns in pediatric staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2014; 31: 305-8.
10. McMahon P. Staphylococcal scalded skin syndrome. En: Calderwood, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com>. Consultado en febrero de 2021.



## 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”.