

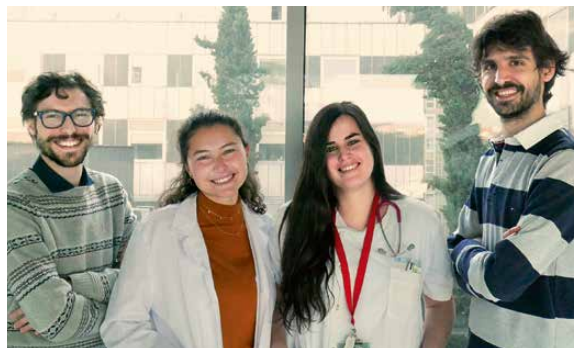


# El Rincón del Residente

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

\*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)

### Lesión sobreinfectada en cuero cabelludo de rápida evolución

J. Bartual Bardisa\*, A. de Tíscar Sánchez García\*, I. Izquierdo Fos\*\*

\*Médico residente de Pediatría. \*\*Médico adjunto de Pediatría.

Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Elche. Alicante

#### Historia clínica

Niña de 4 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a Urgencias por erupción en cuero cabelludo, exudativa y eritematosa de una semana de evolución. Inicialmente, las lesiones eran localizadas, costrosas, no negruzcas y de pequeño tamaño y, progresivamente, se habían ido extendiendo en cuero cabelludo (Fig. 1), junto con: fragilidad capilar, dolor a la palpación, eritema, aumento del calor local y fiebre de hasta 39°C en las últimas 48 horas.

Como antecedentes epidemiológicos destaca que convive con perros, gatos, cabras y ovejas.

Se decide ingreso para estudio y tratamiento antibiótico IV (Amoxicilina-clavulánico a 100 mg/kg/día), extrayéndose previamente analítica sanguínea, en la que se observa aumento de reactantes de fase aguda, hemocultivo y cultivo de exudado de la herida.

A las 48 horas de iniciado el tratamiento, se objetiva empeoramiento de la lesión, con aspecto inflamatorio y secreción (Fig. 2).

¿Cuál es su diagnóstico?

- Psoriasis sobreinfectada.
- Tiña inflamatoria (Querión de Celso) sobreinfectada.
- Dermatitis seborreica sobreinfectada.
- Piodermitis.
- Alopecia areata sobreinfectada.



Figura 1.



Figura 2.

## Respuesta correcta

b. Tiña inflamatoria (Querión de Celso) sobreinfectada.

## Comentario

La tiña del cuero cabelludo es la dermatofitosis más frecuente en la infancia, generalmente causada por los géneros *Microsporum* y *Trichophyton* y siendo los perros, gatos y conejos algunos de los reservorios animales más importantes<sup>(1-3)</sup>. En dicha infección podemos encontrar alopecia (destacando la facilidad para el desprendimiento indoloro del pelo), descamación y varios grados de respuesta inflamatoria<sup>(1)</sup>.

Existen dos formas (inflamatoria o Querión de Celso y no inflamatoria), según si asocian o no signos de sobreinfección, dolor o nódulos purulentos<sup>(4-5)</sup>. El Querión de Celso se inicia como una tiña no inflamatoria, compuesta por una o varias placas pseudoalopécicas, con descamación y, posteriormente, aparece eritema e inflamación, dando paso a placas de tamaño variable, cubiertas de pelos fracturados, con escamas, costras y supuración<sup>(6)</sup>. La presencia de adenopatías cervicales posteriores u occipitales se da de forma más frecuente en las formas inflamatorias y puede ser un hallazgo asociado importante, aunque no siempre presente<sup>(1)</sup>.

Todo esto se observa en nuestro caso, ya que en la figura 1 podemos ver una placa descamativa con lesiones costrosas y en la figura 2 destaca la supuración purulenta, que nos llevan al diagnóstico de Querión de Celso sobreinfectado.

El diagnóstico es clínico, confirmándose con el examen micológico directo o el cultivo del exudado de la herida,

y deberá iniciarse el tratamiento en el momento de la sospecha clínica.

En cuanto al diagnóstico diferencial, como se plantea en la pregunta, se hará con varias entidades dermatológicas como: alopecia areata (no presenta descamación), dermatitis seborreica (es más difusa y la descamación no provoca fragilidad capilar), psoriasis (no habrá fragilidad capilar) y con infecciones bacterianas como son las piodermitis<sup>(2)</sup>.

El tratamiento consiste en antifúngicos vía oral (griseofulvina o terbinafina)<sup>(7)</sup>, mínimo 6 semanas<sup>(1)</sup>, junto con curas de la zona y pudiendo asociar antifúngicos tópicos como el ketoconazol.

En nuestro caso, el hemocultivo y los cultivos bacterianos extraídos resultaron negativos, aislándose en exudado de la herida *Trichophyton tonsurans*, llegando al diagnóstico definitivo de tiña inflamatoria del cuero cabelludo (Querión de Celso). Durante su estancia hospitalaria se realizaron curas diarias con desbridamiento, violeta de genciana y ketoconazol tópico con mejoría, hasta ser dada de alta a las dos semanas del ingreso, continuando con curas domiciliarias y seguimiento en consultas de Pediatría especializada, completando un total de 6 semanas de tratamiento antifúngico con terbinafina vía oral.

## Palabras clave

Tiña del cuero cabelludo; Micosis; Sobreinfección; Antifúngicos.

*Tinea capitis; Mycoses; Superinfection; Antifungal agents.*

## Bibliografía

1. Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, Álvez González F, Hernández Hernández A, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18: 149-72.
2. Rebollo N, López-Bárceñas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99: 91-100.
3. Roncero Riesco M, García Castro R. Micosis cutáneas. Pediatr Integral. 2021; XXV: 146-154.
4. Gómez García R, Guerrero-Fernández J, de Lucas Laguna R. Micosis y parasitosis cutáneas. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. (eds.). Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría (Libro verde Hospital La Paz). 6ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2017. p. 1307-8.
5. Berzosa López R, de Santiago García-Caro E, García-Caro García E, Ledesma Albarrán JM. Querion de Celso. Form Act Pediatr Aten Prim. 2012; 5: 183-4.
6. Sánchez-Saldaña L, Matos-Sánchez R, Kumakawa Sena H. Infecciones micóticas superficiales. Dermatol Peru. 2009; 19: 226-66.
7. Querol I, Bueno M, Sanz L, Córdoba A, Polo I. Tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo con terbinafina oral en la infancia. An Esp Pediatr. 1997; 46: 487-9.



## 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.pediatríaintegral.es](http://www.pediatríaintegral.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

## Exantema inespecífico, el reto del pediatra

F. de Asís Palazón Rico\*, A. Marín-Cassinello\*\*, L. García Lorca\*

\*Médico interno residente de Pediatría y sus Áreas Específicas.

\*\*Facultativa especialista de Pediatría y sus Áreas Específicas (Neumo-Alergia).

Hospital General Universitario de Santa Lucía. Cartagena. Murcia

### Historia clínica

Lactante de 13 meses que consulta en Urgencias por lesiones cutáneas de reciente aparición, pautándose en primera instancia corticoide oral, antibioterapia tópica (mupirocina) y oral (amoxicilina-clavulánico), además de tratamiento sintomático con antihistamínicos de primera generación. Dos días más tarde, es traído nuevamente por empeoramiento de estas lesiones. Asocia fiebre desde el comienzo del proceso, con pico máximo de 38,8°C en el momento de la consulta, prurito generalizado e irritabilidad. No refieren clínica catarral, vómitos ni diarrea. Tampoco indican que el paciente haya ingerido nuevos alimentos o tratamientos farmacológicos. No existía ambiente epidemiológico de interés.

En cuanto a los antecedentes del paciente, hasta los 12 meses había vivido en un centro de acogida junto con otros niños, pero desde las últimas dos semanas reside con su familia de adopción. Padece dermatitis atópica. Sin alergias alimentarias conocidas. Calendario vacunal actualizado según edad y comunidad autónoma. A la exploración física por aparatos, únicamente destacan las lesiones que se muestran en las imágenes (Fig. 1).

### ¿Cuál es su diagnóstico?

- Erupción variceliforme de Kaposi.
- Varicela.
- Brote de dermatitis atópica sobreinfectado.
- Escabiosis.
- Sarampión.



Figura 1.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria



## Respuesta correcta

- a. Erupción variceliforme de Kaposi.

## Comentario

El diagnóstico principal de sospecha de este paciente se corresponde con la erupción variceliforme de Kaposi (opción a correcta). Consiste en una infección cutánea viral, que se presenta en pacientes con dermatopatía crónica y que puede ser limitada o diseminada. Las lesiones asociadas suelen ser inicialmente pápulas eritematosas con umbilicación central y, posteriormente, vesiculopústulas que evolucionan a costras hemorrágicas dolorosas, acompañadas de fiebre y malestar generalizado, asociando además un proceso secundario de impetiginización<sup>(1,2)</sup>.

Con respecto al agente etiológico más frecuente, se trata del VHS tipo I (80 % de los casos). Otros microorganismos causales menos frecuentes son el VHS tipo II y el virus Coxsackie A16<sup>(3)</sup>.

El exantema presente en la varicela, suele cursar en 2-3 brotes de lesiones que pasan sucesivamente por las fases de mácula, pápula, vesícula y costra. Son característicos del exantema: su carácter pruriginoso, su inicio en cara, cuero cabelludo y retroauricular, su extensión posterior a tronco y extremidades y la coexistencia de elementos en distinto estadio evolutivo.

Por otro lado, es cierto que nuestro paciente sufre dermatitis atópica y asocia sobreinfección de algunas de las lesiones. Sin embargo, dada su distribución y las características de las lesiones que se aprecian en la imagen, nos deben hacer sospechar que esta patología es el asiento de otra enfermedad, en este caso, la erupción variceliforme de Kaposi<sup>(4)</sup>.

Con respecto a la escabiosis, es una dermatosis intensamente pruriginosa como consecuencia de la infestación y de una hipersensibilidad al ácaro causal. De forma cronológica, se manifiestan en primer lugar las lesiones directas de

la enfermedad (vesículas y surcos acarinos); pero a medida que el proceso se extiende, la erupción se torna polimorfa, incorporando: pápulas, nódulos, escamas, costras hemáticas y melicéricas, constituyendo una amalgama de lesiones difíciles de reproducir en otra dermatosis<sup>(5,6)</sup>.

Finalmente, el sarampión, se caracteriza por fiebre alta y cuadro catarral intenso con rinorrea, conjuntivitis con fotofobia y tos seca. Se acompaña de eritema orofaríngeo y, en ocasiones, de un punteado blanquecino patognomónico localizado sobre la mucosa yugal hiperémica (manchas de Koplik). Asocia un exantema maculopapuloso rojo vinoso y confluyente en algunas zonas, que se inicia en la cara y se extiende con una progresión craneocaudal<sup>(4)</sup>.

## Palabras clave

Exantema; Dermatitis atópica; Pediatría.  
*Exanthema; Atopic dermatitis; Pediatrics.*

## Bibliografía

1. Morata Alba J, Morata Alba L. Erupción variceliforme de Kaposi. A propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19: 157-61. Citado el 13 de octubre de 2021. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200009&lng=es).
2. Lobera Gutiérrez de Pando E, Domínguez Rovira S, Vicente Villa MA, González Enseñat MA, Payeras Grau J. Erupción variceliforme de Kaposi en dos pacientes afectos de dermatitis atópica. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 303-5.
3. Rubio Jiménez ME, Losada Pajares A, Andrés Bartolomé A, Sevilla Ramos P, García Mazarío MJ, Adrados Razola I. Erupción variceliforme de Kaposi; descripción de dos casos. *Rev Esp Pediatr*. 2014; 70: 8-11.
4. Balbín Carrero E, Chavarría Mur EE, de la Cueva Dobao P, Valdivielso Ramos M, Hernanz Hermosa JM. Eccema herpético en un paciente atópico. *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67: 491-2.
5. Silvia Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 22-36.
6. Sánchez Bernal J, Monte Serrano J, Aldea Manrique B, Zárate Tejero I. Escabiosis en lactante: diagnóstico dermatoscópico y test de Müller. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23: 83-6.



## 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".