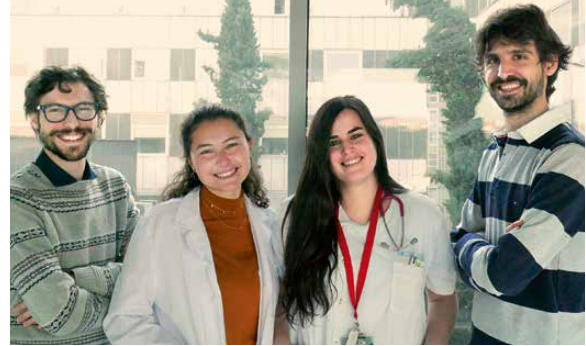




# El Rincón del Residente

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

### Niña de 11 años con manchas hiperpigmentadas de reciente aparición

M. Domingo Tomás\*, H. Gómez de Linares Rodríguez\*,  
Á. Navarro Rodríguez-Villanueva\*\*

\*Médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza

\*\*FEA. Servicio de Pediatría. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza

#### Historia clínica

Niña de 11 años que acude a Urgencias por apreciar, 12 horas antes de ser atendida, unas máculas hiperpigmentadas, no pruriginosas, que recuerdan a manchas café con leche (MCL), en varias zonas corporales y sin otra sintomatología acompañante. No refiere episodios previos similares.

La paciente presenta como único antecedente personal de interés: infecciones respiratorias de vías bajas de repetición durante los primeros años de vida. No refiere alergias conocidas, su calendario vacunal está al día y no toma ningún tratamiento en la actualidad.

Durante la tarde anterior estuvo en el campo toda la tarde, jugando con una amiga en unas plantaciones de árboles, que recientemente habían sido sulfatados, aunque niega haberse subido a ninguno. Su amiga está asintomática y sin lesiones

cutáneas. No refiere viajes al extranjero ni contacto con animales.

A la exploración física, presenta buen estado general, afebril y con constantes estables. Está consciente, orientada y reactiva. La exploración por aparatos es normal. Estadio de Tanner II. Al destapar toda la superficie corporal, se aprecian numerosas máculas y manchas hiperpigmentadas de forma irregular (unas más pigmentadas que otras), de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor (aunque alguna lesión puntual alcanza los 7 cm), bien delimitadas, con múltiples formas (redondeadas, ovaladas, estrelladas o más irregulares). Las lesiones se distribuyen de forma variable, siendo abundantes en cara anterior de tercio distal de muslos, rodillas y zonas pretibiales, sin afectación de zona posterior de extremidades inferiores (Fig. 1), pies ni plantas. Presenta algunas lesiones en



Figura 1.



Figura 2.

el tercio distal de antebrazo en su cara anterior, sin afectación de la posterior, y numerosas manchas en palmas, aumentando en número y tamaño en zonas más acras de los dedos (Fig. 2). No presentaba lesiones en dorso de las manos. También presentaba alguna lesión hipercrómica en zona perioral (Fig. 3), sin afectación de mucosa yugal. No presentaba lesiones cutáneas en tronco. Al frotar las lesiones con algodón y alcohol, estas no se veían alteradas.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Síndrome de McCune-Albright.
- b. Tinción con agentes externos.
- c. Fitofotodermatitis.
- d. Zoonosis.
- e. Intoxicación por insecticidas.



Figura 3.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Respuesta correcta

- b. Tinción con agentes externos.

## Comentario

La cronología (instauración rápida), localización y distribución irregular (solo en zonas anteriores y punta de dedos) de las lesiones cutáneas y la ausencia de otra sintomatología, debe hacer pensar en tinción por sustancias externas que, al manipularlas, puedan haber teñido la piel.

El síndrome de McCune-Albright cursa con MCL de aparición insidiosa, se manifiestan a edades más precoces y se acompañan de otros signos, como disimetría de extremidades inferiores y pubertad precoz<sup>(1)</sup>.

La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria como consecuencia de la exposición solar tras contacto con una planta<sup>(2)</sup>.

Algunas zoonosis (garrapatas) pueden cursar con lesiones cutáneas hipercrómicas, pero aparecen pasados días de la picadura del insecto, presentan una distribución uniforme y suelen acompañarse de fiebre<sup>(3)</sup>.

La intoxicación por insecticidas (organofosforados) puede dar una clínica muy variada en intensidad y presentación<sup>(4)</sup>, aunque no se relaciona con aparición de lesiones cutáneas<sup>(5-7)</sup>.

Desde el momento en el que se plantea la tinción con agentes externos como primera sospecha clínica, se decide volver a historiar a la paciente, insistiendo en lo que había hecho durante la tarde anterior. Preguntando sobre el tipo de árboles que había en los cultivos, se llega a la conclusión que eran nogales y que había estado jugando con algunas nueces verdes que había caídas en el suelo, dedicándose a rallar la cáscara contra el suelo.

La nogalina es un tinte natural que se extrae de la cáscara de la nuez verde (también llamada nogalina) y que es difícil de limpiar de la piel. Para retirarla, se pueden utilizar aceites vegetales. Frotar con alcohol, como en nuestro caso, no modifica la tinción<sup>(8,9)</sup>.

La postura (sentada) de la paciente al manipular la nogalina justifica la localización y distribución de las manchas. Las

lesiones periorales se deben a haberse tocado la cara con las manos impregnadas.

Al manipularse la nogalina, el color marrón aún no es visible, ya que debe secarse para manifestarse<sup>(8,9)</sup>. Esto justificaría el periodo de latencia desde el contacto con la sustancia hasta que se objetivan las manchas (a la mañana siguiente).

Las principales conclusiones que se pueden extraer de nuestro caso son que la realización de una correcta anamnesis, junto a una minuciosa exploración física, son elementales para afrontar cualquier reto diagnóstico y puede llevarnos directamente al diagnóstico definitivo, sin necesidad de recurrir a pruebas complementarias que ocasionarían un daño innecesario al paciente y un gasto de tiempo y recursos.

## Palabras clave

Lesiones hipercrómicas; Manchas café con leche; Nogalina; Pigmentación en la piel.

*Hyperchromic lesions; Café-au-lait spots; Walnut wood dye; Skin Pigmentation.*

## Bibliografía

1. Morata Alba J, Morata Alba L, Díez Gandía E. ¿Qué puede ocultar una mancha café con leche? Rev Pediatr Aten Primaria. 2018; 20: 371-4.
2. Unzueta-Roch JL, Pizarro Pizarro I, Astiz Blanco MI, Hernández Delgado MJ. Fitofotodermatitis por Ruta graveolens. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16: 327-9.
3. Center for Diseases Control and Prevention. CDC: Ticks. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ticks/index.html>.
4. Pino Vázquez A, Brezmes Raposo M. Intoxicación por organofosforados. Protoc diagn ter pediatr. 2021; 1: 793-801.
5. Casaní Martínez C. Reflexiones sobre intoxicaciones infantiles. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003; 5: 163-5.
6. Mintegui Raso S. Intoxicaciones pediátricas en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007; 9: S11-27.
7. Bocanegra MA, Campanario I, Moreno Perulero ML, Araujo F, Encinas Barrios C. Pralidoxima en intoxicación por organofosforados: a propósito de dos casos en pediatría. Farm Hosp. 2009; 33: 336-7.
8. Malana EC, Gallagher ML. What are these dark brown patches on the sole of a boy's foot? Consultant. 2022; 62: e9-e11.
9. Patel DP, Castelo-Soccio L. Black walnut staining: an unusual presentation of exogenous pigmentation. Br J Dermatol. 2017; 177: e76.



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

## Masa abdominal e imagen “en suelta de globos”: uno más uno es dos

M. Morey Olivé\*, M. Morell Daniel\*, M. Pérez-Torres Lobato\*\*

\*Médico residente de Pediatría del Hospital Vall d’Hebron. Barcelona

\*\*Médico adjunto de Oncohematología Pediátrica del Hospital Vall d’Hebron. Barcelona

### Historia clínica

Niño de 36 meses que acude a Urgencias por fiebre de 5 días de evolución de hasta 38,7°C ese mismo día. Presenta además: rinorrea sero-mucosa, tos seca intermitente e hiporexia en los últimos 7 días, que han mejorado desde el inicio del cuadro clínico. No presenta otra sintomatología asociada. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Calendario de vacunación al día.

### Exploración física

Triángulo de evaluación pediátrica estable. Orofaringe y otoscopia normal. No se palpan adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. A la exploración abdominal, se palpa una masa en flanco derecho, de unos 8 cm, dura, de bordes bien definidos que no sobrepasa línea media. No presenta otros hallazgos destacables en el resto del examen físico.

### Pruebas complementarias

Se realizan hemograma y bioquímica donde destaca: Hb: 9,6 g/dl; PCR: 4 mg/dl; LDH: 312 UI/L. Resto de series hematológicas, ionograma, perfil hepático-renal y urato, sin alteraciones.

Dados los hallazgos en la exploración física, se realiza una ecografía abdominal (Fig. 1). Tras valorar los resultados de la ecografía y debido al cuadro de fiebre persistente con clínica respiratoria, se solicita una radiografía de tórax (Fig. 2), así como un estudio de catecolaminas en orina y marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, B-HCG y enolasa neuronal específica), que son normales.

### ¿Cuál es su diagnóstico?

- Neuroblastoma.
- Hepatoblastoma.
- Tumor de Wilms.
- Linfoma de Burkitt.
- Dada la alta sospecha de neoplasia, no es posible llegar al diagnóstico sin una biopsia de la masa.



Figura 1.



Figura 2.

## Respuesta correcta

- c. Tumor de Wilms (TW).

## Comentario

La ecografía muestra una masa renal heterogénea que no cruza línea media sugestiva de un TW. La radiografía, una imagen “en suelta de globos” compatible con metástasis pulmonares. El diagnóstico más probable es el de TW.

El TW o nefroblastoma es el tumor renal más frecuente en Pediatría. Suele aparecer entre los 3 y 4 años, siendo infrecuente en mayores de 10 años<sup>(1)</sup>.

Se presenta típicamente como una masa abdominal asintomática, aunque puede asociar: abdominalgia, hematuria, hipertensión o fiebre. Hasta un 17 % de los casos presentan metástasis al diagnóstico, siendo más frecuentes las pulmonares<sup>(2)</sup>.

La exploración abdominal es característica: palpación de una masa dura en flanco, no pétreo y de bordes bien delimitados, que no atraviesa línea media<sup>(1,3)</sup>.

El principal *diagnóstico diferencial* es con el neuroblastoma<sup>(4)</sup>. Deberán solicitarse catecolaminas en orina y, en caso de dudas, una gammagrafía con MIBG (metayodobencilguanidina), utilizada para el diagnóstico de tumores neuroendocrinos. La exploración del neuroblastoma muestra una masa mal definida que cruza línea media y normalmente asocia clínica constitucional (*a incorrecta*). Aunque el 50 % de casos presentan metástasis al diagnóstico, son muy infrecuentes las pulmonares (3 %)<sup>(4)</sup>. Otras posibilidades diagnósticas son el hepatoblastoma<sup>(5)</sup> o el linfoma de Burkitt (LB). El primero es un tumor hepático infrecuente, son raras las metástasis y es característica la elevación de alfa-fetoproteína. El LB suele aparecer en mayores de 5 años, como una masa abdominal difusa de rápido crecimiento, dolorosa y asociada a síntomas constitucionales (*b y d incorrectas*)<sup>(6)</sup>.

Ante la sospecha de nefroblastoma, la primera prueba a realizar es una ecografía abdominal, pues es accesible e inocua y proporciona gran información. No obstante, siempre será necesaria la RM abdominal para el diagnóstico de certeza y la derivación a un centro de tercer nivel. A diferencia de otros tumores malignos, ante un paciente con edad, clínica y RM abdominal compatibles con TW, no será necesaria una

biopsia para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento (*e incorrecta*)<sup>(1,3,9)</sup>.

Respecto al tratamiento, se basa en un abordaje multimodal (quimioterapia, cirugía y radioterapia en algunos casos), siendo el porcentaje de curación muy elevado, incluso en pacientes en estadios avanzados<sup>(2)</sup>.

En conclusión, ante un paciente entre 2 y 4 años con una masa abdominal y una imagen “en suelta de globos”, el primer diagnóstico a considerar es el TW<sup>(1,3)</sup>. Si, además, presenta buen estado general, la exploración abdominal es típica y la radiología confirma el origen renal de la lesión, el diagnóstico está prácticamente garantizado. Este es un ejemplo de paciente potencialmente complejo, que puede diagnosticarse de forma sencilla en cualquier centro de primer nivel.

## Palabras clave

Masa abdominal; Metástasis pulmonares; Tumor de Wilms. *Abdominal mass; Lung metastases; Wilms tumor.*

## Bibliografía

1. Llorca Sales A, Gros Subias L. Tumores renales en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2016; XX: 447-57.
2. van den Heuvel-Eibrink MM, Hol JA, Pritchard-Jones K, Furtwängler R, Verschuur AC, Vujanic GM, et al. International Society of Paediatric Oncology - Renal Tumour Study Group (SIOP-RTSG). Position paper: Rationale for the treatment of Wilms tumour in the UMBRELLA SIOP-RTSG 2016 protocol. *Nat Rev Urol*. 2017; 14: 743-52.
3. Albi Rodríguez G. Diagnóstico por la imagen en Oncología Pediátrica (2ª parte). *Pediatr Integral*. 2016; XX: 485.e1-485.e8.
4. Rubio Aparicio PM, Rosich del Cacho B. Tumores de la cresta neural. *Pediatr Integral*. 2016; XX: 434-44.
5. Hiyama E. Pediatric hepatoblastoma: diagnosis and treatment. *Transl Pediatr*. 2014; 3: 293-9.
6. Afanas N, Carvalho M, Almeida M, Costa V, Silva I, Oliva T. Linfoma de Burkitt [Burkitt's lymphoma]. *Acta Med Port*. 2011; 24: 735-8.
7. Albi Rodríguez G. Diagnóstico por la imagen en Oncología Pediátrica (1ª parte). *Pediatr Integral*. 2016; XX: 418.e1-418.e7.
8. Golden CB, Feusner JH. Malignant abdominal masses in children: quick guide to evaluation and diagnosis. *Pediatr Clin North Am*. 2002; 49: 1369-92.
9. Irtan S, Van Tinteren H, Graf N, van den Heuvel-Eibrink MM, Heij H, Bergeron C, et al. Evaluation of needle biopsy as a potential risk factor for local recurrence of Wilms tumour in the SIOP WT 2001 trial. *Eur J Cancer*. 2019; 116: 13-20.



## 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”.