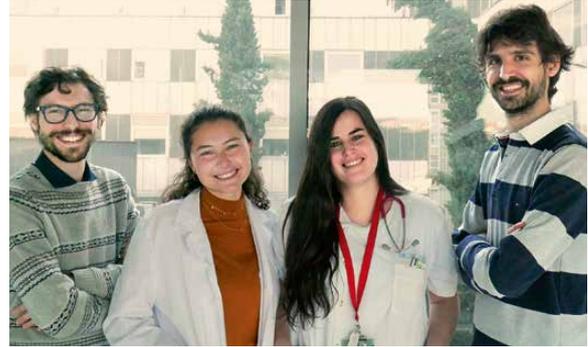




# El Rincón del Residente

**Coordinadores:** J.A. Soler Simón\*,  
L. García Espinosa\*\*, M. García Boyano\*\*,  
S. Criado Camargo\*\*,  
\*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.  
\*\*Hospital Universitario Infantil La Paz. 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 para 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)

### Adolescente con movimientos oculares anormales de tres meses de evolución

S. Poses Veiga\*, D. Andina Martínez\*\*

\*Médico Interno Residente. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

\*\*Facultativo Especialista de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

#### Historia clínica

Adolescente mujer de 16 años que consulta en Urgencias por movimientos oculares anormales de tres meses de evolución, cuya frecuencia ha ido progresivamente en aumento hasta producirse varias veces por minuto. Refiere episodios de supraversión ocular que se producen de forma involuntaria con duración de unos 5-10 segundos. No sufre desconexión del medio durante los mismos y estos se resuelven de forma espontánea sin presentar otra sintomatología acompañante. Estos episodios generan gran ansiedad en la paciente y en su entorno. Se ha realizado electroencefalograma como parte del estudio de este problema, que muestra normalidad de la actividad cerebral. Como antecedentes personales de interés, presenta enfermedad celíaca y se encuentra en seguimiento por Psiquiatría por anorexia nerviosa y trastorno ansioso-depresivo. Se encuentra en tratamiento con aripiprazol desde hace cuatro meses, mirtazapina y fluoxetina desde hace un año. Niega ingesta de otros fármacos o sustancias.

Durante la exploración, se objetivan múltiples episodios de supraversión ocular de segundos de duración, durante los cuales la paciente mantiene un adecuado nivel de conciencia (Fig. 1

y Vídeo 1, disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii04/07/2023-n4-D1\\_IMG\\_S\\_Posos\\_J\\_VIDEO.MOV](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii04/07/2023-n4-D1_IMG_S_Posos_J_VIDEO.MOV)). Resto de exploración normal.

#### ¿Cuál es su diagnóstico?

- Crisis epiléptica.
- Episodios conversivos.
- Distonía focal: crisis oculógiras secundarias a tratamiento farmacológico.
- Trastorno por simulación.
- Nistagmo.



**Figura 1.** Imagen realizada con consentimiento de la paciente y de su familia.

## Respuesta correcta

- c. Disonía focal: crisis oculógiras secundarias a tratamiento farmacológico.

## Comentario

Nuestro diagnóstico de presunción era el de crisis oculógiras como forma de disonía focal por efecto secundario de la medicación antipsicótica (aripiprazol; respuesta correcta: c). La paciente había precisado en los últimos meses ascenso de la dosis para control de su patología de base psiquiátrica. Se procedió a la administración de 2 mg de biperideno intramuscular, consiguiéndose la desaparición completa de los episodios en unos 15 minutos. Por parte de Psiquiatría se retiró el aripiprazol. La evolución fue favorable sin reaparición de estos episodios.

Las crisis oculógiras son una forma de síndrome extrapiramidal, descritas como efecto secundario de diversas medicaciones antidopaminérgicas, como son algunos antipsicóticos, y también otros fármacos frecuentes en Pediatría como la cetirizina o la metoclopramida<sup>(1)</sup>. Habitualmente, se producen de forma aguda, tras el inicio de la medicación o tras ascenso de dosis. No fue así en nuestra paciente, en la cual las crisis habían ido aumentando su frecuencia progresivamente. Normalmente, desaparecen a las 24-48 horas tras el descenso de dosis o la retirada del fármaco causante pero, dado que suelen provocar gran ansiedad, se pueden revertir con la administración de un anticolinérgico, como el biperideno (0,04-0,1 mg/kg/dosis, máximo 5 mg, parenteral).

Una de las principales entidades a descartar, ante un paciente con movimientos oculares anormales, sería las crisis epilépticas. Nuestra paciente se había realizado un electroencefalograma durante el cual se produjeron varios de estos episodios, y que mostraba un trazado dentro de la normalidad, descartando esta posibilidad diagnóstica. Datos clínicos que nos orientarían hacia un cuadro de crisis epiléptica serían: la presencia de periodo postcrítico tras los episodios, desco-

nexión del medio durante los mismos o asociación con otras anomalías en la exploración neurológica<sup>(3)</sup>.

El nistagmo consiste en movimientos oculares involuntarios y oscilantes. Se deben a múltiples causas, algunas fisiológicas y otras que incluyen patología neurológica, ocular o sindrómica<sup>(4)</sup>. Se diferencian de las crisis oculógiras en que se tratan de movimientos repetitivos muy rápidos; mientras que, la adolescente de nuestro caso presentaba una desviación de la mirada hacia el cénit mantenida durante segundos.

Otra de las posibilidades diagnósticas sería un trastorno conversivo en el contexto de la patología psiquiátrica actual de la paciente. El establecimiento de estas entidades se haría por un diagnóstico de exclusión<sup>(5)</sup>. En el caso de nuestra paciente, la resolución de la clínica tan evidentemente relacionada con la administración de biperideno, va en contra de un trastorno por simulación.

## Palabras clave

Trastornos de la motilidad ocular; Disonía focal.  
*Ocular motility disorders; Focal dystonia.*

## Bibliografía

1. Darling A, Póo P, Pérez-Dueñas B, Campistol J. Crisis oculógiras asociadas a fármacos: descripción de cuatro casos y revisión de la bibliografía. *Rev Neurol.* 2013; 56: 152-6.
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Biperideno. *Pediamécum*: Edición 2015. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/biperideno>.
3. Tirado P, Alba M. Epilepsia en la infancia y la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2015; 19: 609-21. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/epilepsia-en-la-infancia-y-la-adolescencia/>.
4. Dorado A, Muñoz A, Tejada P. Aproximación diagnóstica en nistagmus en edad pediátrica. *Acta Estrabológica.* 2018; 47: 151-76.
5. Romero M, García M, Morer A, Varela E, Santamarina P, Vázquez-Morejón A, et al. El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial: a propósito de un caso. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2017; 34: 392-9.



## 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.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".

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



## Exantema auricular bilateral tras exposición solar: ¿quemadura o patología a tener en cuenta?

P. Mateos Torre\*, J. Álvarez García\*\*, M.Á. Sánchez Durán\*

\*Médico Interno Residente de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra

\*\*Adjunto de Pediatría EAP. CS Ansoain. Pamplona. Navarra

### Historia clínica

Niño de 3 años sin antecedentes de interés ni alergias conocidas, que acude a consulta a principios de abril por aparición súbita de lesiones en ambas orejas, tras estar la tarde anterior jugando al aire libre. Refiere que las lesiones son algo pruriginosas. A la exploración, se observa eritema de hélix con lesiones vesiculosas que no están presentes en otras localizaciones. Otoscopia normal. El resto de la exploración es anodina.

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Prurigo actínico.
- b. Erupción primaveral juvenil.
- c. Urticaria solar.
- d. *Hydroa vacciniforme*.
- e. Infección por herpes I.



Figura 1.



Figura 2.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Respuesta correcta

- b. Erupción primaveral juvenil.

## Comentario

La **erupción primaveral juvenil (EPJ)** es una fotodermatosis<sup>(1)</sup> que aparece típicamente en niños de entre 5 y 12 años durante la primavera, en días fríos y soleados.

Su etiología es desconocida, sin embargo, muchos autores la consideran un subgrupo de la Enfermedad Polimórfica Lumínica (EPL)<sup>(2)</sup>.

Epidemiológicamente, hay mayor predisposición en la infancia y comienzo de la adolescencia, siendo más frecuente en el género masculino. Dada su condición de fotodermatosis, se asocia históricamente con pelo corto y orejas prominentes.

La EPJ cursa con la aparición súbita y autolimitada de pápulas edematosas con base eritematosa, que progresan a lesiones vesiculosas y, en ocasiones, costrosas. Dichas lesiones pueden ser pruriginosas y se localizan característicamente en el hélix auricular (Figs. 1 y 2), aunque esporádicamente también se han descrito en el dorso de la mano o en el tronco. Finalmente, curan de manera espontánea sin dejar cicatriz<sup>(3)</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico<sup>(4)</sup>, apoyándose en la edad y la anamnesis, así como en la morfología y distribución típica de las lesiones. El tratamiento no siempre es necesario, dado su carácter benigno, pudiendo utilizar corticoides tópicos y antihistamínicos, según la severidad del cuadro clínico. Asimismo, es aconsejable el uso de fotoprotección para evitar las recidivas.

Dentro del diagnóstico diferencial se puede encuadrar al **prurigo actínico**, una enfermedad inflamatoria de la piel, cuyas lesiones se asemejan en ocasiones a las de la EPJ. No obstante, a diferencia de nuestro caso, es típica en este cuadro la afectación de mucosa labial y conjuntival, pudiendo también afectar a áreas no fotoexpuestas<sup>(5)</sup>.

Si bien es cierto que la **urticaria solar** se caracteriza por la aparición súbita de lesiones en áreas fotoexpuestas, estas en contraposición a nuestro caso, son de tipo habonoso y aparecen no solo en las orejas, sino en cualquier zona irradiada<sup>(6)</sup>.

A pesar de que la **Hydroa vacciniforme** también se engloba dentro de las enfermedades fotoinducidas, sus lesiones carac-

terísticas no se localizan únicamente en las orejas, sino que suelen extenderse a otras áreas fotoexpuestas (cara, mejillas, nariz, dorso de las manos, etc.) y se resuelven dejando cicatrices variceliformes<sup>(7)</sup>.

En cuanto al diagnóstico diferencial con la infección por el **virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)**, las vesículas suelen evolucionar a otro tipo de lesiones más exudativas y, finalmente, a la formación de úlceras o costras. Asimismo, suelen durar más tiempo que en la EPJ, siendo predominantemente unilaterales. El diagnóstico definitivo se obtendrá mediante cultivo<sup>(8)</sup>.

## Palabras clave

Erupción primaveral juvenil de los oídos; Trastornos de fotosensibilidad; Prurito; Enfermedades de la piel; Eccematosas; Diagnóstico diferencial.

*Juvenile Spring Eruption of Ears; Photosensitivity Disorders; Pruritus; Skin Diseases; Eczematous; Differential Diagnosis.*

## Bibliografía

1. Pozo Román T. Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 252.e1-e19. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2012-04/bases-diagnosticas-de-las-enfermedades-cutaneas/>.
2. Nicolás Martínez A, Lova Navarro M, Martínez Menchón T, Párraga Avilés P, Gómez Puche F. Erupción primaveral juvenil de las orejas: a propósito de un caso clínico. Póster presentado en: I Congreso Digital AEP. 2020.
3. Álvarez-Salafranca M, Lanuza-Arcos R, Barbed-Ferrández, Ara Martín M. Erupción primaveral juvenil. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 116: 445-7.
4. Zambrano Centeno LB, Gómez González C, Pacheco Alonso ML. Erupción primaveral juvenil. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2013; 41: 278-80.
5. Salazar AM. Prurigo actínico en la niñez. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005; 3: 193-200.
6. Eguino P, Lasa O, Gardeazábal J, Díaz-Pérez JL. Solar urticaria. Study of 20 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96: 25-9.
7. Segurado Rodríguez MA, Guerra Tapia A, Iglesias Díez L. Hydroa vacciniforme: una rara forma de fotosensibilidad infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2002; 93: 464-6.
8. Agámez Luengas SN, Cáceres Espejo J. Niño con ampollas en el pabellón auricular derecho. En *Imagen de la semana*. Continuum 2014. Disponible en: <http://continuum.aeped.es>.



## 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".