



# 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)

## Lesiones óseas en columna vertebral, ¿benigno o maligno?

A.P. Espinoza Leiva\*, A. Romano Medina\*, R. Garrote Molpeceres\*\*

\*Médico Interno Residente. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

\*\*Médico Adjunto. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Historia clínica

Paciente de 13 años con dolor lumbar de 3 años de evolución, que no le impide la actividad física ni le despierta por las noches. Precisa analgesia ocasional, que es efectiva; también, mejora con calor local. No tiene antecedente traumático ni infeccioso reciente, no presenta fiebre ni pérdida de peso. Al examen físico, presenta obesidad (IMC 31,2 kg/m<sup>2</sup> [p>99; 2,73 DE]), cifosis corregible y leve escoliosis. No muestra dolor a la palpación en la región vertebral y la marcha es estable. En el examen neurológico, la fuerza y sensibilidad están conservadas y la maniobra de Lasègue es negativa. Se realizó una analítica de sangre que arrojó los siguientes resultados: leucocitos: 6.380/μL (neutrófilos 42 %, linfocitos 47 %); VSG: 18 mm/h; PCR: <1 mg/L; serología para brucelosis: negativa; y test de QuantiFERON-TB®: negativo. Finalmente, se realizaron los estudios de imagen de la columna vertebral mostrados en la figura 1, que permitieron llegar al diagnóstico.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Fractura.
- Espondilodiscitis.
- Limbus vértebra.
- Mal de Pott.
- Tumor óseo.

Figura 1:

A. Radiografía simple.  
B. Corte sagital de resonancia magnética potenciado en T1-FSE.



## Respuesta correcta

c. Limbus vértebra.

## Comentario

El dolor de espalda (DE) en Pediatría no suele deberse a alteraciones anatómicas. La anamnesis y examen físico son importantes y las pruebas de imagen ayudan a identificar algunos procesos, pero su interpretación no es sencilla<sup>(1)</sup>.

La vértebra límbica o limbus vértebra se forma cuando un núcleo de osificación, secundario del anillo vertebral, no se fusiona, por la herniación del núcleo pulposo. Generalmente, se localiza en la esquina anterosuperior<sup>(2)</sup>. Puede cursar de manera asintomática, o causar DE agudo o crónico<sup>(3)</sup>, especialmente en presentaciones posteriores<sup>(1)</sup>. Se diagnostica mediante radiografía lateral de columna lumbar, como un fragmento triangular con bordes escleróticos<sup>(1-3)</sup>. En niños o adolescentes, este fragmento puede tener una forma irregular y mal definida, imitando a una infección o tumor<sup>(4)</sup>. En el caso presentado, observamos en L1 una irregularidad triangular en la esquina anteroinferior del cuerpo vertebral. Se confirma la lesión en la RM, no evidenciándose edema peri-lesión, absceso o infiltración. Su tratamiento inicial es sintomático.

Podría haberse sospechado una fractura. Sin embargo, las fracturas vertebrales en la región toracolumbar suelen deberse a traumatismos de alta energía (accidentes de tráfico, caídas de gran altura, traumatismos deportivos o maltrato). Nuestro paciente no presentaba ningún antecedente traumático<sup>(5)</sup>.

El diagnóstico diferencial debe incluir la espondilodiscitis. La localización más común es la columna lumbar o sacra, frecuentemente en niños de 2 a 8 años. La clínica es variada: DE, malestar general, irritabilidad, cojera, rechazo a la deambulación o dolor abdominal<sup>(6)</sup>. Es frecuente el aumento de reactantes de fase aguda (PCR y VSG). El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética, donde suele observarse edema óseo (hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2), siendo la destrucción de los platillos epifisarios el hallazgo más específico<sup>(7)</sup>.

El mal de Pott es infrecuente, aparece en el 1-2 % de infecciones tuberculosas, asociando compromiso pulmonar activo en el 50 % de los casos. En zonas de alta prevalencia

de tuberculosis, suele manifestarse un año tras la infección pulmonar primaria, principalmente en niños; en países con baja prevalencia se asocia a reactivación tardía en adultos. Los síntomas más comunes son DE asociado a síntomas constitucionales. Pueden asociar síntomas neurológicos según el grado de afectación<sup>(8)</sup>.

Los tumores óseos primarios de columna vertebral son infrecuentes en la infancia, siendo, la mayoría, benignos. Se localizan, más frecuentemente, en los elementos vertebrales posteriores. Suelen ser signos de alarma, la presencia de fiebre, síntomas constitucionales, dolor nocturno, mala respuesta a la analgesia y dolor cada vez más intenso; además, puede acompañarse de síntomas neurológicos secundarios a la expansión tumoral<sup>(9)</sup>.

## Palabras clave

Vértebra lumbar; Dolor de la región lumbar; Radiología; Niño; Adolescente.

*Lumbar vertebrae; Low back pain; Radiology; Child; Adolescent.*

## Bibliografía

- Alonso J, Egea RM. Patología de la espalda. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 187-93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/patologia-de-la-espalda/>.
- Restrepo JP, Molina MP. Vértebra limbus, rara causa de dolor lumbar en jóvenes. *Rev Colomb Reumatol*. 2020; 27: 120-2.
- Alagheband SJ, Clapp AD, Narducci DM, Cudahy R, Pujalte G. Limbus Vertebral. *Cureus*. 2021; 13: e13954.
- Horneros J, Rodríguez S, Pérez R. Limbus vertebral. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012; 13: 62-4.
- Odent T, Pfirrmann C, Glorion C. Fractura de la columna vertebral en el niño. *EMC - Aparato Locomotor*. 2014; 47: 1-7.
- Ferri I, Ristori G, Lisi C, Galli L, Chiappini E. Characteristics, management and outcomes of spondylodiscitis in children: A systematic review. *Antibiotics (Basel)*. 2020; 10: 30.
- Márquez P. Espondilodiscitis. *Radiología*. 2016; 58: 50-9.
- Arenas-Ruiz C, Díaz-Díaz A, Mesa-Monsalve JG, Trujillo M. Mal de Pott en un paciente pediátrico. *Rev CES Med*. 2014; 28: 253-62.
- González ÁS. Tumores primarios de la columna vertebral: sospecha, lineamientos terapéuticos y nuevas tecnologías. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31: 456-9.



## 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 70 % 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



## Lesión en cuero cabelludo

M. Carrillo Aumente\*, F.J. Ansuategui Burgos\*,  
M.T. Fernández Garrido\*\*

\*Médico Interno Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. \*\*Médico Adjunto de Pediatría.  
Centro de Salud Los Pintores. Parla. Madrid

### Historia clínica

Lactante de 1 mes de vida, sin antecedentes personales ni familiares de interés, visto en la consulta de Pediatría de Atención Primaria por persistencia de lesión en cuero cabelludo, que tiene desde el nacimiento y que había aumentado de tamaño. Al alta del hospital y en las revisiones de niño sano, se había valorado sin llegar a un diagnóstico claro. Previamente, había recibido tratamiento con corticoide y antibiótico tópico sin mejoría.

En la exploración física se objetiva una lesión en cuero cabelludo, localizada en línea media de región parieto-occipital, ovalada, de un tamaño de unos 2,5 x 1 cm, levemente eccematosa y sin folículos pilosos (Fig. 1).



Figura 1.

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Tiña.
- Nevo sebáceo de Jadassohn.
- Alopecia cicatricial traumática.
- Aplasia cutis congénita.
- Quiste dermoide.



## 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 70 % 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".

## Respuesta correcta

d. Aplasia cutis congénita

## Comentario

La aplasia cutis congénita (ACC) es un trastorno infrecuente, con una incidencia estimada de 1-3 casos por cada 10.000 nacimientos. En un 80-90 % de los casos, el defecto se presenta en el cuero cabelludo, siendo la lesión típica descrita como un defecto único de forma redondeada o alargada de 1-2 cm, bien delimitada, de aspecto cicatricial o cubierta por una membrana blanda que puede desprenderse y dejar una úlcera seca. La profundidad de la úlcera es variable; puede afectar solamente la epidermis o extenderse hasta la dermis, tejido subcutáneo y, raramente, al periostio, cráneo y duramadre<sup>(1)</sup>. La etiopatogenia es desconocida<sup>(2)</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La biopsia no se utiliza de rutina<sup>(2)</sup>. El diagnóstico diferencial incluye: lesiones traumáticas, infecciones localizadas del cuero cabelludo, quiste dermoide, nevo sebáceo y otros tipos de alopecia cicatricial<sup>(3)</sup>.

En nuestro caso, el diagnóstico fue clínico y se descartaron otros diagnósticos diferenciales como la tiña, ya que la lesión era de nacimiento y no presentaba prurito ni anillo sobreelevado perilesional. En el nevo sebáceo de Jadassohn, a pesar de estar presente en el nacimiento y ser una placa delimitada sin folículos pilosos, la placa es de superficie lisa o levemente verrucosa y de color amarillo-anaranjado. Se descartó alopecia cicatricial traumática por la historia clínica, dado que el parto no fue traumático ni instrumental. Y, por último, respecto al quiste epidermoide, aunque también esté presente en el nacimiento, la lesión de nuestro paciente no se encontraba abultada.

Las ACC pueden asociarse con un gran número de malformaciones congénitas o síndromes genéticos, por lo que se debe

realizar una completa historia gestacional y familiar junto con un examen físico detallado. La relación con malformaciones de cráneo y sistema nervioso central suele ocurrir en lesiones grandes (>10 cm)<sup>(4)</sup>.

El tratamiento es controvertido, pues no existe gran experiencia con los resultados. Las lesiones pequeñas y superficiales tienden a cicatrizar espontáneamente por un proceso de epitelización desde los bordes hacia el centro y que se completa en un periodo de uno a varios meses, dejando una cicatriz atrófica, fina y sin pelo. En grandes lesiones asociadas a defectos óseos, se recomienda la reconstrucción quirúrgica<sup>(5)</sup>.

A pesar de la baja incidencia de la ACC, es necesario el conocimiento y diagnóstico de la entidad, dadas las eventuales malformaciones asociadas y complicaciones que se pueden traducir en morbimortalidad neonatal.

## Palabras clave

Aplasia cutis congénita; Alopecia.

*Congenital aplasia cutis; Alopecia.*

## Bibliografía

1. Martínez-Guisasola J, Guerrero M, Gonzalo I, Gómez O, Skaf A, Berzosa J. Aplasia cutis congénita. Diagnóstico antenatal. *An pediatr.* 2010; 53: 485-9.
2. Pérez L, Urbina F, Roa J, Díaz C, Zambrano F. Aplasia cutis congénita: a propósito de cuatro casos. *Rev Chil Pediatr.* 2001; 72: 345-51.
3. Tincopa-Wong OW. Aplasia cutis congénita: lo que se conoce en el presente. *Dermatol Peru.* 2012; 22: 89-110.
4. García D, De Pablo B, Pedrazas D. Aplasia cutis congénita. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015; 17: 357-60.
5. Betancourth-Alvarenga J.E, Vázquez-Rueda F, Vargas-Cruz V, Paredes-Esteban RM, Ayala-Montoro J. Manejo quirúrgico de la aplasia cutis congénita. *An Pediatr (Barc).* 2015; 83: 341-5.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria