



El Rincón del Residente

Coordinadores: I. Bulnes Rodríguez*, M. García Boyano**, M. Cid Sainz**, P. Rodríguez Díaz***

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**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

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

¿Qué se esconde bajo las lesiones de la piel?

T. Del Valle Budí*, N. Arganza Patallo*, C. Jovaní Casano**

*Médico Interno Residente de Pediatría, **Adjunta de Pediatría - Hospital General Universitario de Castellón

Historia clínica

Adolescente varón de 13 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consulta en Urgencias por aparición brusca, hace 3 días, de lesiones cutáneas distribuidas en miembros inferiores, con predominio en ambas zonas pretibiales (Fig. 1), en ambos antebrazos (Fig. 2) y en el dorso del brazo izquierdo. Refiere un cuadro previo de 48 horas de evolución –no presente a su llegada a Urgencias– de depo-

siciones líquidas sin productos patológicos y fiebre, con un pico máximo de 38,5°C. A la exploración física, se evidencian lesiones nodulares subcutáneas palpables, eritematosas, de bordes mal definidos, no sobreelevadas, con tendencia a confluir, que no desaparecen a la vitropresión y que, al tacto, son calientes y dolorosas. El análisis sanguíneo inicial muestra leucocitosis (15.600/mm³) con neutrofilia (12.000/mm³), proteína C reactiva de 140 mg/L y procalcitonina de 0,13 ng/mL.



Figura 1.
Lesiones en fase activa en los miembros inferiores.

Figura 2.
Lesiones en fase activa en el dorso del antebrazo izquierdo.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Vasculitis IgA (púrpura de Schönlein-Henoch).
- Púrpura trombótica trombocitopénica.
- Celulitis.
- Eritema nodoso.
- Erisipela.

<https://doi.org/10.63149/j.pedint.125>

Respuesta correcta

d. Eritema nodoso.

Comentario

El eritema nodoso se caracteriza por la aparición brusca de lesiones nodulares subcutáneas palpables, simétricas, tensas, eritematosas, de 1 a 5 cm, en ambas zonas pretibiales que pueden confluir⁽¹⁾. No obstante, en menos del 2 % de las ocasiones, se pueden distribuir en otras localizaciones, como en el caso que presentamos^(2,3). Usualmente, durante la fase aguda, asocia manifestaciones sistémicas, como fiebre, astenia, dolor abdominal, cefalea, etc. A medida que se resuelven, adquieren una coloración purpúrea, pudiendo persistir de 3 a 6 semanas. No obstante, las recurrencias son excepcionales⁽¹⁾.

En la erisipela, observaríamos una placa eritematosa bien delimitada, dolorosa, de bordes bien definidos y sobreelevados. La celulitis se caracteriza por una placa eritematosa, dolorosa, de bordes mal definidos y no sobreelevados. La vasculitis IgA, por la siguiente tríada: púrpura en miembros inferiores, dolor abdominal y artralgias. Finalmente, en la púrpura trombótica trombocitopénica se observan petequias y púrpura, con predominio en miembros inferiores, sin clínica sistémica asociada.

El eritema nodoso es la paniculitis septal sin vasculitis más frecuente en la infancia, siendo idiopático en el 23-55 % de las ocasiones. En nuestro medio, la etiología más frecuente es la infección por *Streptococcus pyogenes*. En zonas con menos recursos, la tuberculosis constituye la principal causa, pero se han descrito múltiples infecciones que pueden actuar como desencadenantes, así como otras enfermedades autoinmunes y malignas. Además, el consumo de fármacos o la administración de vacunas pueden originar un eritema nodoso^(2,3).

El estudio inicial debe contener una analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, un cultivo de un frotis faringoamigdal, determinación de títulos de antistreptolisina O (ASLO), radiografía de tórax y Mantoux. La realización de otras pruebas complementarias debe encaminarse en función de la sospecha clínica⁽⁴⁾. En nuestro paciente, las pruebas complementarias fueron negativas, excepto el coprocultivo, donde se aisló *Yersinia enterocolitica*.

El tratamiento de elección es sintomático, basado en AINEs por vía oral, como ibuprofeno (5-10 mg/kg/dosis cada 8 horas), pudiendo asociar prednisona vía oral a 1 mg/kg/día en casos



Figura 3. Lesiones en fase de resolución en miembros inferiores.

severos o no respondedores^(3,4). En nuestro caso, se pautó prednisona el tercer día de ingreso ante ausencia de mejoría de las lesiones, manteniéndola durante una semana. No se trató con antibioterapia porque la fisiopatología autoinmune no se relaciona con el efecto microbiológico de la bacteria. El paciente presentó una evolución favorable, disminuyendo progresivamente el tamaño de las lesiones y adquiriendo una coloración purpúrea (Fig. 3). En el control a los 3 meses se observó la desaparición completa sin lesiones residuales.

Palabras clave

Eritema nodoso; *Yersinia enterocolitica*; Adolescente. *Erythema nodosum*; *Yersinia enterocolitica*; Adolescent.

Bibliografía

1. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. Dermatol Online J. 2002; 8: 4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2008.05.014>.
2. Lantto R, Jokelainen J, Huilaja L, Sinikumpu S. Erythema nodosum in northern Finland between 1996 and 2019: A register-based study. J Dermatol. 2024; 51: 1017-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.17264>.
3. Trapani S, Rubino C, Lodi L, Resti M, Indolfi G. Erythema Nodosum in Children: A Narrative Review and a Practical Approach. Children (Basel). 2022; 9: 511. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children9040511>.
4. Urbaneja E, Garrote R. Eritema nodoso en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 2: 285-93.



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 y 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

Placa alopécica congénita en el cuero cabelludo de una adolescente

M. Salgado Gracia*, P. Cruz Alcalá**, J. Pachicano Leal***

*Médico Interno Residente de Medicina Familiar. **Médico Interno Residente de Pediatría.

***Médico Adscrito. Consulta externa, Servicio de Pediatría.

Clínica Hospital ISSSTE Constitución. Monterrey, Nuevo León. México

Historia clínica

Una adolescente de 14 años, previamente sana, acude a consulta por lesión en el cuero cabelludo presente desde el nacimiento. La madre refiere que, desde el periodo neonatal, la paciente presenta una lesión en la región parietal derecha, que inicialmente se observaba como una mácula lisa, amarillenta, de aproximadamente 1 cm de diámetro. A lo largo de los años, la lesión ha incrementado de tamaño y modificado su morfología. En los últimos tres meses, la paciente ha notado un crecimiento acelerado de la lesión, así como cambios en su superficie, con la aparición de múltiples lesiones de aspecto papular.

En la exploración física se objetiva una dermatosis localizada en cabeza, en región parietal derecha, caracterizada por una placa alopécica única, de disposición lineal, de aproximadamente 5 × 2 cm, de forma alargada, color amarillo-naranja, de bordes regulares bien definidos y superficie anfractuosa, rugosa y brillante (Fig. 1). En el resto de la piel y anexos no se observan alteraciones aparentes.



Figura 1. Placa alopécica lineal amarillo-naranja en región parietal derecha, de superficie rugosa y brillante.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Aplasia cutis congénita.
- Nevo sebáceo de Jadassohn.
- Alopecia areata en placa.
- Tiña capitis.
- Nevo epidérmico verrugoso.

Pediatr Integral 2026; XXX (2): 137.e3–137.e4

<https://doi.org/10.63149/j.pedint.126>



Pediatría Integral

sepeap

Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Respuesta correcta

- b. Nevo sebáceo de Jadassohn.

Comentario

El nevo sebáceo de Jadassohn es una lesión hamartomatosa congénita poco frecuente, de etiología no completamente esclarecida. Se caracteriza por una proliferación anómala de la epidermis y de las unidades pilosebáceas, con participación predominante de glándulas sebáceas y apocrinas. Se ha descrito en aproximadamente el 0,3 % de los recién nacidos⁽¹⁾.

La topografía principal es el cuero cabelludo. Clásicamente, se describen tres etapas evolutivas. En la primera, correspondiente al periodo neonatal y la primera infancia, la lesión suele presentarse como una placa plana, alopecica, de color rosado o amarillento, cuyo principal diagnóstico diferencial es la aplasia cutis. En la segunda etapa, durante la pubertad, entra en una fase de crecimiento en relación con los cambios hormonales del paciente y adquiere un aspecto más sobre-elevado o verrugoso. Finalmente, en la edad adulta, puede asociarse al desarrollo de tumores secundarios, tanto benignos como malignos, siendo el carcinoma basocelular la neoplasia maligna descrita con mayor frecuencia^(2,3).

En nuestra paciente, la lesión se presentó como una placa bien delimitada, ligeramente verrugosa, lo que coincide con la morfología descrita en la literatura para esta lesión, de acuerdo con la etapa evolutiva en la que se encontraba⁽⁴⁾.

A diferencia del nevo sebáceo de Jadassohn, la aplasia cutis suele presentarse como un defecto atrófico/cicatricial o membranoso, más que como placa amarilla rugosa, y la alopecia areata/tiña capitis no es congénita ni tiene esa superficie o color. El nevo epidérmico verrugoso se caracteriza por placas de color marrón o grisáceo, aspecto verrugoso y distribución unilateral o segmentaria, que suelen seguir las líneas de Blaschko, lo que no corresponde con este caso^(3,5).

El abordaje de elección es la escisión quirúrgica amplia hasta tejido celular subcutáneo, dado que el componente sebáceo puede extenderse a planos profundos. El momento ideal para la intervención sigue siendo motivo de debate; sin embargo, en la mayoría de las series se considera la pubertad como una edad adecuada para optimizar el resultado cosmético global. Su pronóstico suele ser bueno, con evolución habitualmente benigna, siempre que se realice vigilancia periódica y tratamiento oportuno⁽⁶⁾.

Se realizó escisión quirúrgica amplia, sin complicaciones. El informe histopatológico de la biopsia excisional informó de un nevo sebáceo con márgenes libres y sin datos de transformación maligna.

Palabras clave

Alopecia; Cuero cabelludo; Adolescente.
Alopecia; Scalp; Adolescent.

Bibliografía

1. Khojasteh A, Nahaei M. A Giant Nevus Sebaceous Lesion in an 18 Year-Old Male: A Case Report. *World J Plast Surg.* 2024; 13: 92-5.
2. Baigrie D, Troxell T, Cook C. Nevus sebaceus. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482493/>.
3. García J, Alonso P. Alteraciones del pelo y de las uñas. *Pediatr Integral.* 2016; 4: 244-61. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-05/alteraciones-del-pelo-y-de-las-unas/>.
4. Neto MP da S, Assis BR de, Andrade GR. Sebaceous nevus of Jadassohn: review and clinical-surgical approach. *An Bras Dermatol.* 2022; 97: 628-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.11.001>.
5. Arenas Guzmán R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 8a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2023.
6. Ortiz LM, Samudio GC, Espínola RB, Vera LM. Nevo sebáceo de Jadassohn. A propósito de un caso neonatal. *Pediatría (Asunción).* 2021; 48: 213-5.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



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 y 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".