



El Rincón del Residente

Coordinadores: M. García Boyano*,
S. Criado Camargo*, R. Vila de Frutos**,
L. García Espinosa*,

**Residentes de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

***Residente de Pediatría del 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

Lesiones acrales eritemato-violáceas

M. Bascuas Arribas*, S. Vinagre Enríquez*, D. Andina Martínez**

*Médico residente de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**F.E.A. de Pediatría. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Historia clínica

Niña de 11 años que consulta telefónicamente por presentar lesiones cutáneas pruriginosas de 24 horas de evolución. En la anamnesis, refiere que hace 4 días presentó sensación distérmica sin llegar a termometrar fiebre, junto con deposiciones de consistencia líquida. Los padres afirman que presenta buen estado general y que las lesiones no afectan a mucosas. No tiene antecedentes de interés y no toma ningún tratamiento. A través del correo electrónico corporativo, los padres envían las imágenes de las lesiones (Fig. 1). Cuatro días más tarde, la paciente consulta en el Servicio de Urgen-



Figura 1. Máculas y pápulas confluyentes eritematosas en brazos y manos.



Figura 2. Lesiones acrales eritemato-violáceas en dedos de los pies.

cias, por presentar nuevas lesiones cutáneas de características distintas a las anteriores. No refiere ningún otro síntoma sistémico. En la exploración física, se objetiva que las lesiones previas han desaparecido, presentando actualmente lesiones maculopapulosas eritemato-violáceas localizadas en los dedos y talones de ambos pies (Fig. 2), siendo el resto de la exploración normal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Deficiencia de vitamina C.
- Sarcoidosis.
- Infección por SARS-CoV-2.
- Síndrome de Stevens-Johnson.
- Síndrome de Lyell.



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 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”.

Respuesta correcta

c. Infección por SARS-CoV-2.

Comentario

Desde el inicio de la pandemia, se han descrito distintas manifestaciones cutáneas en probable relación con la infección por el SARS-CoV-2⁽¹⁾. En nuestro caso, las lesiones de la figura 1 corresponden a un eritema multiforme, observándose máculas y pápulas confluyentes con morfología en diana (circunferencia eritematosa edematosa de centro parduzco) de diferentes tamaños, que además suelen ser pruriginosas. En la figura 2, se objetivan las lesiones acrales tipo perniosis (“sabañones”), que han sido descritas en numerosas publicaciones en niños, adolescentes y adultos jóvenes, durante la actual pandemia.

En el diagnóstico diferencial del eritema multiforme se encuentran, por presentar también lesiones en diana, el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) o síndrome de Lyell, siendo ambas patologías graves y poco frecuentes. Tanto en el SSJ como en la NET, la afectación cutánea suele ser troncular, en lugar de la típica afectación simétrica de extremidades del eritema multiforme. Además, suele existir compromiso sistémico y la afectación mucosa es más frecuente y extensa. Generalmente, ambas entidades están causadas por fármacos, a diferencia del eritema multiforme que suele ser de causa infecciosa⁽²⁾. Una de las manifestaciones cutáneas de la sarcoidosis es el lupus pernio, placas rojo-purpúricas que pueden ser similares a los sabañones. La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa y muy poco frecuente en la edad pediátrica. En la forma crónica, es en la que suele aparecer el lupus pernio, además de afectación de otros órganos como el pulmón⁽³⁾. La deficiencia de vitamina C (escorbuto) puede producir petequias y hemorragias perifoliculares que también pueden confundirse con los sabañones, pero iría acompañada de otros síntomas como gingivitis y artralgias⁽⁴⁾. Por todo ello, la etiología que explicaría la asociación de lesiones de

eritema multiforme y de lesiones tipo perniosis en un mismo paciente y sin síntomas a otros niveles, sería la infección por el SARS-CoV-2.

La serie de casos de Andina et al.,⁽⁵⁾ que incluye 22 pacientes pediátricos con lesiones acrales tipo perniosis, describe la presencia simultánea de eritema multiforme y perniosis en cuatro pacientes. Dentro de esta serie, se encuentra la paciente descrita que fue la única que presentó PCR para SARS-CoV-2 positiva.

La fisiopatología de estas lesiones acrales sigue siendo objeto de profundo debate, ya que las pruebas diagnósticas habituales (PCR y serología IgG para SARS-CoV 2) son negativas en la mayoría de los pacientes estudiados.

Palabras clave

Lesiones cutáneas; Eritema multiforme; Perniosis; SARS-CoV-2; COVID-19.

Skin lesions; Erythema multiforme; Perniosis; SARS-CoV-2; COVID-19.

Bibliografía

- Galván C, Català A, Carretero G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D, Rodríguez-Villa A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol.* 2020; 183: 71-7.
- Laguna C, Martín B, Torrijos A, García-Melgares ML, Febrer I. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: experiencia clínica y revisión de la literatura especializada. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97: 177-85.
- Prystowsky S, Sánchez M. Cutaneous manifestations of sarcoidosis. En: Ofori AO, ed. *UpToDate.* Waltham, Mass.: UpToDate. 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.
- Vitoria I. Vitaminas y oligoelementos. *Pediatr Integral.* 2015; XIX: 324-36.
- Andina D, Noguera-Morel L, Bascuas-Arribas M, Gaitero-Tristán J, Alonso-Cadenas JA, Escalada-Pellitero S, et al. Chilblains in children in the setting of COVID-19 pandemic. *Pediatr Dermatol.* 2020; 37: 406-11.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Dermatosis palmoplantar

Á. Vidal Bataller*, S. Vicent Martí**, R. Jadrake Rodríguez***

*MIR Pediatría 2º año. Hospital General Universitario de Alicante. **MIR Pediatría 4º año. Hospital General Universitario de Alicante.
***Neuropediatra. Hospital General Universitario de Alicante.

Historia clínica

Acude a Urgencias de Pediatría una niña de 9 años por presentar una lesión plantar pruriginosa en pie izquierdo de 2 semanas de evolución. Previamente, había recibido tratamiento con Aciclovir tópico durante una semana, sin evidenciar mejoría. Niega: uso de calzado nuevo, traumatismo en la zona, episodios previos y proceso catarral o febril concomitante. Como antecedentes de interés, se trata de una niña bien vacunada (incluyendo varicela), con dermatitis atópica y que recibe tratamiento con Levetiracetam por crisis parciales.

A la exploración, se objetiva dermatosis plantar en arco plantar medial de aspecto vesicular no fluctuante, con alguna pequeña costra sobre base discretamente eritematosa, no exudativa. Asocia lesiones satélites de menor tamaño y mismas características (Figs. 1 y 2). La madre aporta fotografías de la lesión al inicio del cuadro clínico, donde se observan ampollas tensas plantares de contenido claro (Fig. 3). Resto de la exploración normal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Dermatitis de contacto.
- Infección por virus herpes simple.
- Eccema dishidrótico.
- Tiña bullosa.
- Epidermolísis bullosa simple localizada.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Respuesta correcta

c. Eccema dishidrótico.

Comentario

En nuestro caso, se tomaron muestras del contenido de una vesícula para realizar PCR de virus herpes simple tipo 1 y tipo 2, y virus varicela-zóster, con resultado negativo. Con el antecedente de dermatitis atópica, la localización y evolución de la lesión, el prurito asociado, sin dolor, y la falta de respuesta al tratamiento antiviral, la paciente fue diagnosticada de eccema dishidrótico.

El eccema dishidrótico o pomfolix⁽¹⁾ es una forma de eccema que acontece con mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópica en brotes en relación, o no, a la exposición a agentes irritantes externos. Se caracteriza por vesículas o ampollas profundas localizadas en palmas (principalmente) o plantas y zona lateral de los dedos, que persisten durante semanas y se auto resuelven con descamación. Son típicos el prurito intenso y la recurrencia, que suele disminuir con la edad. El tratamiento se basa en evitar los factores desencadenantes, las medidas habituales de cuidado de la piel atópica y los corticoides tópicos de alta potencia, como el que utilizamos en nuestra paciente, metilprednisolona aceponato 0,1% de 1 a 3 aplicaciones al día, durante 7-10 días.

El diagnóstico diferencial de las dermatosis vesiculosas localizadas a nivel palmoplantar, incluye todas las respuestas propuestas⁽²⁾.

En las dermatitis de contacto (irritativas o alérgicas), la clave para el diagnóstico es la historia de exposición en la zona de la lesión.

Por su parte, la infección herpética se presenta como vesículas agrupadas sobre una base eritematosa y, a menudo, resulta más dolorosa que pruriginosa. Las pruebas microbiológicas positivas, como PCR del contenido vesicular, apoyan el diagnóstico. El tratamiento es mayoritariamente sintomático.

La tiña bullosa⁽³⁾, a diferencia del eccema dishidrótico, es más frecuente en los pies. Se trata de una de las formas clínicas del conocido como “pie de atleta”. Los causantes más frecuentes son: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale* y *Epidermophyton floccosum*; su diagnóstico se puede confirmar con la prueba de KOH en muestra de rascado de la piel, y el tratamiento son los antifúngicos tópicos.

La epidermolisis bullosa simple localizada⁽⁴⁾ es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por ampollas que se forman tras traumatismos o fricción, se denudan dejando erosiones que curan sin cicatriz. Se dan fundamentalmente en manos y pies, y en lactantes puede verse en la mucosa oral por el uso del biberón.

Palabras clave

Dermatitis atópica; Palmoplantar; Vesículas.
Atopic dermatitis; Palmoplantar, Vesicles.

Bibliografía

1. Adams DR, Marks JG. Acute palmoplantar eczema (dyshidrotic eczema). UpToDate (en línea). Consultado el 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-palmoplantar-eczema-dyshidrotic-eczema>.
2. Hull C, Zone JJ. Approach to the patient with cutaneous blisters. UpToDate (en línea). Consultado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-cutaneous-blisters>.
3. Goldstein AO, Goldstein BG. Dermatophyte (tinea) infections. UpToDate (en línea). Consultado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections>.
4. Laimer M, Bauer J, Murrell DF. Epidemiology, pathogenesis, classification, and clinical features of epidermolysis bullosa. UpToDate (en línea). Consultado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-classification-and-clinical-features-of-epidermolysis-bullosa>.



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 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”.