



# Acropustulosis infantil

---

**Macías Pingarrón J.A.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz).

**Villar Galván V.**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz).

**Romero Salguero A.**

Centro de Salud San Vicente - La Roca San Vicente (Badajoz)

## Introducción

La acropustulosis infantil es una erupción recurrente, autolimitada, pruriginosa, con lesiones caracterizadas por vesículas y pústulas de las palmas de las manos y las plantas de los pies que ocurren en niños durante los primeros 2-3 años de la vida.

Los cultivos son negativos y la curación puede requerir un tiempo largo (hasta 2-3 años), por lo que es importante tranquilizar a la familia de la evolución que presentará hasta su curación.

El tratamiento no es específico y está dirigido a mejorar el prurito tan intenso.

## Caso clínico

Lactante de 2 meses, de etnia rumana, que presenta lesiones vesiculopustulosas en extremidades, con intenso prurito, desde el mes de vida. No afectación de otros convivientes. Ante la sospecha inicial de escabiosis, se inicia el tratamiento con permetrina 5% y corticoide tópico, sin mejoría, por lo que se procede a remitir al Servicio de Dermatología con sospecha de acropustulosis infantil.

Debido a la persistencia de los brotes y la reiterada asistencia a urgencias, acaba ingresando a los 4 meses de edad. Se realiza estudio microbiológico por raspado negativo, siendo dado de alta con diagnóstico de eccema impetiginizado. Finalmente es valorado por dermatología a los 5 meses confirmando la sospecha inicial de acropustulosis.

## Conclusiones

La acropustulosis infantil es una dermatosis benigna pero muy molesta. Se presenta en brotes de 7 a 15 días, con remisiones de 2 a 4 semanas. Se acompaña de una secuencia rápida de cambios morfológicos, siendo al principio discretas pápulas eritematosas de 1 a 2 mm, que se convierten a las 24 horas en vesiculopústulas, terminando en costra antes de sanar.



# Síndrome hipotónico-hiporreactivo

**Macías Pingarrón J.A.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz).

**Villar Galván V.**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz).

**Romero Salguero A.**

Centro de Salud San Vicente - La Roca San Vicente (Badajoz)

## Introducción

El síndrome hipotónico-hiporreactivo se caracteriza por una disminución repentina del tono muscular, hiporreactividad y palidez o cianosis. La mayoría de los casos notificados se producen tras la administración de vacunas con componente antitosferínico.

## Caso clínico

Presento el caso de un niño de 2 meses, de etnia rumana, sin antecedentes de interés, que acude a consulta, tras 2 horas de la administración de la vacuna correspondiente a su edad (DTPa, Hib, IPV, HB y meningococo C) con hipotonía e hiporreactividad de instauración brusca. En el examen presentaba regular estado general, con cianosis y frialdad de las extremidades, así como hipotonía y escasa respuesta a los estímulos. Las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial), la glucemia y la saturación de oxígeno se encontraban en rangos normales.

Se avisa al 112, y a su llegada el lactante presentaba una clara mejoría clínica, con recuperación del tono muscular y reactividad, así como buena perfusión tisular.

Precisó ingreso hospitalario siendo el estudio normal (EEG, ecografía cerebral).

La madre se negó a vacunaciones posteriores.

## Conclusiones

Es un fenómeno infrecuente (4-140 episodios/100.000 dosis) que suele ocurrir después de la administración de la vacuna con un componente an-

titosferínico. Es fundamental que el personal sanitario sepa reconocerlos, sobre todo en las siguientes 48 horas tras vacunación.

No existen investigaciones adicionales (como exámenes de laboratorio) que permitan confirmar el diagnóstico de síndrome hipotónico-hiporreactivo.

Se pueden administrar las siguientes dosis, precisando una observación posterior durante 30 minutos en el centro de salud. Nunca es una contraindicación. No deja secuelas y cabe esperar que en las siguientes dosis no se produzca.



# Incidentaloma en la infancia: todo empezó con una infección del tracto urinario

María Cristina Vicho González; Rosario Espejo Moreno; Vianor Pablo Silvero Enriquez; María Marina Casero Gozález; María Segura González; Teresa Fernández Martínez; María Ledesma Albarrán.  
Hospital Materno Infantil de Badajoz.

## Introducción

Se denomina incidentaloma a todo tumor detectado de forma casual, en ausencia de sintomatología, durante una exploración radiológica practicada por sospecha de cualquier otra patología.

## Caso clínico

Lactante de 2 meses de edad que acude a su pediatra por fiebre sin foco, se realiza tira reactiva de orina detectándose nitritos y leucocitos positivos. Se deriva al hospital de referencia para confirmación de los hallazgos diagnosticándose de infección del tracto urinario febril por *Escherichia coli* que precisó antibioticoterapia intravenosa.

En estudio ecográfico complementario se detecta masa suprarrenal derecha asintomática.

Se realiza estudio de extensión: elevación discreta de dopamina y ácido vanilmandélico en orina. Aumento de la captación a nivel de la masa suprarrenal derecha en la gammagrafía con metayodobencilguanidina (MIBG) sin captación a otro nivel. Resonancia magnética abdominal se objetiva lesión de 23x26x24 mm en suprarrenal derecha.

Ante los hallazgos compatibles con neuroblastoma neonatal localizado se decide seguimiento ecográfico y con determinación de catecolaminas en orina cada 3 semanas.

A los 2 meses del diagnóstico presenta crecimiento ecográfico de la masa por lo que se procede a

intervención quirúrgica con resección completa de la masa. Diagnóstico anatomopatológico de neuroblastoma neonatal con N-Myc ganado no amplificado.

En resonancia magnética post-quirúrgica se detecta masa retroperitoneal derecha que rodea circunferencialmente la vena cava inferior sugestiva de malignidad, acompañado de aumento de la captación de MIBG a ese nivel y enfermedad mínima en aspirado de médula ósea.

Se inicia tratamiento quimioterápico según protocolo LINES de neuroblastoma metastásico, riesgo intermedio grupo 10 con el que se encuentra actualmente.

## Discusión

El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más frecuente en niños, siendo el diagnóstico más frecuente de incidentaloma en edad pediátrica.

Presenta un espectro clínico muy heterogéneo desde masas neonatales asintomáticas, lactantes con estadio metastásico "special" que regresa o neuroblastoma de alto riesgo.



# Masa inguinal en la infancia, más allá de la hernia inguinal

María Cristina Vicho González; Belén Rodríguez Jiménez; Belén de la Vega Castro; Cristina Salas de Miguel; María Rivas Medina; Isaac José Mangas Marín.

Hospital Materno Infantil de Badajoz

## Introducción

Las masas inguinales son una entidad frecuente en pediatría. La hernia inguinal es una de las principales sospechas diagnósticas ante masa de aparición brusca en dicha zona, sin olvidar el resto de estructuras adyacentes, cuyas patologías pueden dar lugar a este tipo de lesión.

## Caso clínico

Niña de 10 años que acude a su pediatra por masa inguinal derecha de horas de evolución.

La paciente refiere bulto en región inguinal derecha de aparición brusca, sin actividad desencadenante. En la exploración se detecta una lesión gomosa dura, parcialmente adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación, algo caliente, de unos 50x30 mm de diámetro, sin otros hallazgos relevantes.

Con la sospecha de hernia inguinal es derivada a su hospital de referencia para valoración por cirugía, quien solicita ecografía inguinal, observándose una masa sólida, polibulada y de bordes bien definidos de 5,8x3,5x3,7 cm hipervascularizada compatible con adenopatía.

Ante los hallazgos se solicita analítica sanguínea, que incluye serologías diversas, sin alteraciones. Se realiza PAAF no concluyente, con celularidad mesenquimal. Resonancia magnética inguinal informada como tumoración de partes blandas en región inguinal derecha, en aparente dependencia músculo pectíneo derecho que contacta aunque sin claros signos de infiltración con estructuras adyacentes. PET-FDG con depósito de FDG en masa inguinal, sin captación a otros niveles.

En informe anatomopatológico de biopsia con trucut guiada por ecografía detecta proliferación neoplásica con predominio de componente fusocelular acompañado de un componente menor con diferenciación epitelial, compatibles con un Sarcoma Sinovial bifásico.

Se inicia tratamiento según protocolo EpSSG NRSTS 2005, con el que se encuentra actualmente.

## Discusión

Los sarcomas de partes blandas representan menos del 1% de todos los tumores malignos, siendo el sarcoma sinovial uno de los más frecuentes. Presenta una supervivencia del 80% aunque puede recurrir localmente o metastatizar en pulmón y ganglios linfáticos.



# Condrometaplasia sinovial

---

Diana Baltaga; Esther Martínez; Antonio Fernández, Cristina Bravo Cañadas.

CS. Plasencia II

**Palabras clave:** bultoma, nódulos calcificados localizados.

**Historia clínica:** Analizamos el caso de un paciente de 10 años , que presenta dos bultomas en zona suprarotuliana e infrarotuliana, blandas, móviles, con tendencia a drenar, de aproximadamente 2 meses de evolución, en ausencia de un traumatismo previo...

**Diagnóstico diferencial:** Bursitis crónica, osteocondromatosis secundaria a artrosis, condrosarcoma sinovial, hemangioma sinovial, lipoma arborescente, necrosis avascular, fracturas extracapsulares, condrometaplasia secundaria.

**Discusión:** La osteocondromatosis sinovial es una afección que se caracteriza por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Es una lesión rara y de etiología benigna, puede ser articular y la extraarticular, con predominio monoarticular.

**Evolución:** El tratamiento será siempre quirúrgico: artrotomía, sinovectomía o la remoción de los cuerpos libres

**Diagnóstico final:** Sinovialoma, entidad infrecuente en la práctica médica que se debe considerar a la hora del diagnóstico diferencial de pacientes con tumoraciones extraarticulares.



# ¿Qué le pasa a las uñas de mi bebé?

Pérez Zambrano, I\*; Fernández León, A\*\* \*

MIR MYFC CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres. \*\* FEA Pediatría CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres.

## Descripción del caso:

Lactante de mes y medio de vida que es llevado a consulta por presentar coloración oscura de la uña del cuarto dedo de la mano izquierda, sin aparente traumatismo previo de una semana de evolución.

Entre sus antecedentes prenatales aparece un embarazo controlado, madre con hipotiroidismo pregestacional tratado con levotiroxina; inmune a rubéola, resto de serologías negativas, Streptococcus agalactiae negativo, urocultivo estéril. Nacido pretérmino en parto eutócico, amniorrexis espontánea tras 8 horas de evolución. Apgar 8/9, sin precisar reanimación. Durante el periodo neonatal TTRN que no precisó soporte respiratorio e ictericia no isoimmune tratada con fototerapia 24h. Screening metabólico y otoemisiones normales. Buen desarrollo, lactancia materna exclusiva.

A la exploración presenta uña hiperqueratósica y amarronada en 4º dedo mano izquierda, no lesiones cutáneas en resto de miembro, no alteraciones de la movilidad, no otras lesiones en resto corporal. Exploración por aparatos sin alteraciones.

Se decide ante dudas diagnósticas realizar raspado de la zona, con diagnóstico microbiológico de Candida albicans.

## Diagnóstico diferencial:

Onicomycosis ungueal congénita, líneas de Beau, síndrome uña rótula, chevron o "espinas de pescado", paquioniquia congénita.

## Diagnóstico final:

CANDIDIASIS CONGÉNITA POR CÁNDIDA ALBICANS

## Discusión:

Las lesiones micóticas unguales en niños menores a 6 años presentan una prevalencia aproximada de entre 0,5-2,6% de todas las lesiones que afectan a esta zona corporal a edades tempranas. La presencia de otras patologías como traumatismos o uñas distrofas favorecen la aparición de estas lesiones, que normalmente inician su presencia en los pies, con decoloración amarillo-marrón, con edemas periungueal y onicolisis. Siempre que aparecen sería conveniente descartar procesos sintéticos que den lugar a inmunodepresión, como VIH o candidiasis mucocutánea crónica.

## Evolución:

Se pauta tratamiento con Miconazol tópico con excelente evolución y resolución completa de la patología.

## Bibliografía:

- Alteraciones del pelo y de las uñas . J. García Dorado\*, P. Alonso Fraile. Dermatólogo\*. \*\*Medicina Familiar y Comunitaria. Clínica Dermatológica, Salamanca. Pediatr Integral 2016; XX (4): 244-261.
- Alteraciones de las uñas. uñas. J. Peyrí Rey. www.aeped.es
- Bertrand Richert. Nail Disorders in Children Diagnosis and Management. Am J Clin Dermatol 2011; 12 (2): 101-112.



# Suturas apresuradas

Pérez Zambrano, I\*; Martínez Castro, E\*\*.

\*MIR MYFC CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres. \*\* FEA Pediatría CS Malpartida de Plasencia. Cáceres.

## Descripción del caso:

Lactante de mes y medio de vida que acude por presentar un crecimiento anormal del cráneo. Al nacimiento ya presentaba cabalgamiento parietal, dolicocefalia y fontanelas a punta de dedo. Se decide derivar a neurocirugía pediátrica para valoración.

Entre sus antecedentes prenatales aparece un embarazo controlado, madre inmune a rubeola, resto de serologías negativas, Streptococcus agalactiae negativo. Nacido a término mediante cesárea anterior por malas condiciones obstétricas. Apgar 10/10, sin precisar reanimación. Buen desarrollo, lactancia mixta desde inicio.

A la exploración física presenta forma craneal escafocefálica severa con alargamiento de diámetro anteroposterior y estrecho lateral, protusión frontal bilateral y occipital severo, palpándose una cresta ósea en toda la sutura sagital.

Se realiza TC craneal donde se visualiza con claridad escafocefalia por lo que se decide intervención quirúrgica precoz.

## Diagnóstico diferencial:

Escafocefalia posicional

## Diagnóstico final:

ESCAFOCEFALIA SEVERA

## Discusión:

Forma más frecuente de deformidad craneal congénita, que suele presentarse de forma esporádica aunque un 6% de los casos se cree que presentan herencia autosómica dominante, la tasa entre gemelos monocigotos asciende al 30%.

Se caracteriza por un alargamiento del diámetro antero-posterior del cráneo, disminución del transversal, pudiendo existir abombamiento frontal y occipital; si la sinóstosis se sitúa central habrá depresión a dicho nivel, situación que hará que la cirugía sea más precoz aún.

No suele asociar alteración en el neurodesarrollo.

## Evolución:

Ante la severidad del cuadro clínico se decide craneosinóstosis monosutural sagital de forma precoz mediante endoscopia sin complicaciones postoperatorias y con buena evolución posterior.

## Bibliografía:

- Neurocirugía contemporánea. <http://neurocirugia-contemporanea.com/doku.php?id=escafocefalia>
- Tratamiento de la craneosinostosis sagital (escafocefalia), por medio de la corrección quirúrgica inmediata J. Esparza Rodríguez, F. Cordobés Tapia, M.J. Muñoz Casado, A. Benítez Alvarez, R. Salván Saez, M.J. Ochotorena Guindo, A. Corrales Romaguer
- Pediatría Integral. Volumen XV Número 9 Nov 2011 Curso V
- Craneosinostosis. Guerrero-Fdez J, Guerrero Vázquez J. Web [PEDiatrica.com](http://PEDiatrica.com) .2007



# Malformación vascular en paritorio.

Cristina Salas de Miguel, Eva María Fernández Calderón, María Cristina Vicho,  
María Luisa Moreno Tejero, María Mora Matilla, Lucía Ramiro Mateo.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

Las lesiones vasculares se clasifican según sus características endoteliales, haciendo clara la separación entre las malformaciones y tumores vasculares. Diferencia importante para establecer el mejor plan terapéutico

## Caso clínico

Neonato ingresado desde paritorio para estudio de una placa de coloración eritematoviolácea de consistencia blanda en región glútea, zona externa de muslo y cara interna inguinal, no se palpa pulso. Aumenta el volumen con el decúbito y el llanto. Presenta algún vaso varicoso en zona central.

Se realiza un hemograma que resulta anodino. En la ecografía existe un aumento de flujo vascular, vasos venosos de gran calibre, compatibles con malformación arterio-venosa. En la resonancia magnética en la que se observa numerosas formaciones tubulares de hasta 6 mm de diámetro, con algunos focos de vacío de señal que sugieren flujo lento. No se visualizan estructuras arteriales dilatadas ni componente sólido asociado. No disrrafismo. Compatible con gran malformación vascular que profundiza hasta llegar a los planos musculares subyacentes, a musculatura glútea y a la musculatura paravertebral hasta L2-L3. Se descarta malformaciones abdominales, cardiopatía e insuficiencia cardiaca por robo.

Es valorada por un equipo multidisciplinar en el que intervienen neonatólogos, oncólogos, dermatólogos, cirujanos y radiólogos. La lesión se mantiene estable dos meses después del nacimiento sin ningún otro problema asociado.

## Conclusión

- Es fundamental un buen diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares.
- Un hemograma y una coagulación nos ayudan a detectar situaciones graves como sangrado o síndrome de Kasabach-Merrit
- La resonancia es de elección para valorar la extensión y descartar otras lesiones asociadas como es el disrrafismo en los hemangiomas congénitos.
- El plan terapéutico va desde la abstención hasta tratamientos quirúrgicos más agresivos.
- Buen pronóstico con el tratamiento adecuado





# Corioangioma placentario a propósito de un caso clínico.

Cristina Salas de Miguel, María Cristina Vicho González, Fabián Cabezas Segurado, Félix Romero Vivas, Eva María Fernández Calderón, Estela Gil Poch.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

El corioangioma es el tumor benigno placentario más frecuente. Suelen ser de pequeño tamaño y asintomáticos. Si es mayor de 5 cm o se encuentra cercano al sitio de inserción del cordón umbilical pueden asociarse con mayor frecuencia a complicaciones maternofetales, con aumento de la morbi-mortalidad perinatal.

## Caso clínico

Embarazo controlado con ecografías prenatales normales hasta la semana 32, cuando se diagnostica un coriangioma trombosado placentario, que provoca insuficiencia cardiaca congestiva con dilatación de cavidades derechas e hidramnios. En la semana 35 se realiza cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal. APGAR 6/9. Reanimación tipo III. En la exploración inicial destaca la aparición de petequias en tronco, soplo sistólico, poca actividad y llanto débil.

En la ecocardiografía transtorácica neonatal se aprecia una insuficiencia cardiaca con cavidades derechas dilatadas secundaria al coriangioma. Todo ello, junto con varios episodios de anemización aguda llevó a un fracaso cardiaco severo por disfunción sistólica.

Los episodios de trombopenia se acompañaron por un lado de sangrado a varios niveles, entre los que se encontraron el cerebral, presentándose con un deterioro brusco de la consciencia y precisando un drenaje ventricular externo. Por otro lado, provocó hematopoyesis extramedular residual durante la gestación y hemosiderosis, dando lugar a un fallo hepático, elevación de transaminasas e incompetencia para la fabricación del factor V de Leiden. Hallazgos corroborados por anatomía patológica.

## Conclusiones

Los corioangiomas no suelen presentar complicaciones, pero aquellos de gran tamaño actúan como una fístula arterio-venosa, dando lugar a serias complicaciones. En nuestro caso, el neonato presentó una insuficiencia cardiaca sistólica grave, así como una trombopenia neonatal que provocó hemorragias, anemia y fallo hepático con consecuencias sobre la coagulación.



# Pérdida de visión permanente en niña previamente sana

Cristina Salas de Miguel, Cristina Victoria Zarallo Reales, Ana María Grande Tejada, Manuela Delgado Cardoso, María Cristina Vicho González, María Rivas Medina, Vianor Pablo Silvero Enríquez.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

La pérdida de agudeza visual progresiva es un motivo de consulta habitual en atención primaria. El pediatra se valdrá de los optotipos para determinar esta agudeza visual y derivar a oftalmología en el caso que haya disminución de la misma o diferencias significativas entre ambos ojos.

## Caso clínico

Niña de 7 años, previamente sana, que acude a urgencias por pérdida de visión progresiva hasta el día de la consulta cuando únicamente ve luces y sombras. Su madre refiere que se comenzó a quejar de visión borrosa hace ya unos meses por lo que consultaron a su pediatra que comprobó buena agudeza visual utilizando optotipos. Ante el resultado de la prueba, la madre lo atribuyó al deseo de ponerse gafas, sin embargo en las últimas 24 horas la niña se queja intensamente por empeoramiento. No proceso intercurrente, un cachorro de perro en casa bien vacunado.

Ante la pérdida aguda de visión se decide derivación a oftalmología que realiza fondo de ojo y OCT objetivando un desprendimiento exudativo de la retina. Con el juicio clínico de una enfermedad de Coats, se decide intervención quirúrgica. Se cultiva el exudado donde se observa crecimiento de toxocara canis a pesar de una serología negativa en sangre para el mismo.

Se inicia tratamiento oral con prednisona y albendazol 14 días y se sigue en las consultas externas de nuestro centro sin recuperar la visión perdida.

## Conclusiones:

- La pérdida de visión aguda es una urgencia oftalmológica.
- Una anamnesis completa y detallada es fundamental a la hora de orientar el diagnóstico.
- El tratamiento antihelmítico es controvertido aunque parece que este disminuye las recidivas.



# Accidentes infantiles en C.S Plasencia Sur

---

**García Sangrador, D.**

Enfermero Residente ZBS Plasencia II,

**Palomo Béjar, L.**

Enfermera Pediátrica ZBS Plasencia II,

**Sánchez Cuadrado, C.**

Enfermera Pediátrica ZBS Plasencia II,

**Perez Zambrano, I.**

Médico Residente ZBS Plasencia II,

**Expósito Palomo, E.**

Enfermera

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de los distintos tipos de accidentes en la población infantil de la Z.B.S de Plasencia II, para identificar factores de riesgo y su prevención.

**Material y métodos:** Registro numérico de los incidentes atendidos en las consultas de Enfermería Pediátrica mediante encuesta verbal a pacientes y acompañantes durante dos periodos de tiempo (2007-2010 y 2015-2017).

**Resultados:** En cuanto a la edad hay mayor prevalencia en niños mayores de cuatro años, aunque se ha registrado una elevada incidencia en menores de un año.

En cuanto al sexo es mas frecuente en niños. En primavera son mas frecuentes los accidentes, teniendo una mayor incidencia en los últimos tres años.

Los accidentes ocurren mas en el medio urbano, y con mayor frecuencia en el hogar, siendo la mayoría de los accidentes en presencia de los padres.

En cuanto al tipo de accidente predominan los traumatismos (caídas, golpes y mordeduras). Resolviéndose la mayoría de los accidentes sin secuelas.

**Conclusiones:** A pesar de la educación en materia de prevención que se viene desarrollando, se percibe un aumento de los accidentes en los últimos tres años, por lo que habrá que reforzar la educación tanto a padres y cuidadores del niño y la cooperación con otros profesionales (profesores, cuidadores de guardería etc.)



# Intoxicación por monóxido de carbono como causa de síncope de repetición

B. de la Vega Castro, B. Rodríguez Jiménez, T. Fernández Martínez, M. Segura González, R. Espejo Moreno, C. Vicho González.  
Hospital Materno Infantil Badajoz

## Introducción:

El síncope es un motivo frecuente de consulta, estimándose que el 15-25% de los niños y adolescentes experimentarán un episodio antes de llegar a la vida adulta. Las etiologías son múltiples, siendo la más frecuente el síncope neurocardiogenico de comportamiento benigno.

## Caso clínico:

Niña de 9 años en estudio por su pediatra por episodios de mareos y síncope durante el mes de Enero. Refiere episodios de sensación de mareo, con náuseas, cefalea y dolor abdominal de duración prolongada y pérdida de conciencia en alguna ocasión. EF normal. Analítica general, estudio cardiológico con ecocardiografía y electrocardiograma normal. Ante la persistencia de la clínica se programa ingreso para completar estudio con EEG y monitorización continua. La noche antes de ingresar acude a urgencias por episodio de sensación de mareo, cefalea y pérdida de conocimiento de segundos de duración. La hermana de 13 años con sintomatología similar sin pérdida de conciencia. Se realiza gasometría capilar detectándose carboxihemoglobina de 28% y 24% en la hermana. SAtO<sub>2</sub> por pulsioximetría 100% en ambas. Se rehistoria a los padres que refieren tener calefacción por gas butano general, no braseros ni chimeneas. Tras 8 horas con oxigenoterapia FiO<sub>2</sub> 100%, descenso de cifras a valores normales.

## Conclusión:

- El CO es la primera causa de intoxicación por gases y supone del 1,5 al 2 % de todas las intoxicaciones infantiles.
- El CO tiene la capacidad de unirse a la hemoglobina con una afinidad de 200 a 250 veces mayor que por el oxígeno, ocasionando su desplazamiento y aparición de hipoxia con saturación de O<sub>2</sub> normal.
- Es importante su sospecha ante mareos y síncope en meses de invierno, e indagar ante la presencia de esta sintomatología en otros convivientes. En la clínica se caracterizan de otros síncope por no presentar instauración rápida y recuperación más lenta, muchas veces incompleta.



# Algo más que la observación en el traumatismo craneal

M. Sánchez Conejero<sup>1</sup>, R. Romero Peguero<sup>2</sup>, F.J. Romero Salas<sup>2</sup>, T. Araujo García<sup>1</sup>, B. Basso Abad<sup>1</sup>, N. Camarena Pavón<sup>1</sup>, M.C. Álvarez Mateo<sup>1</sup>, C. Acosta Hurtado<sup>1</sup>.

Residente de Pediatría del Hospital San Pedro de Álcantara<sup>1</sup>,  
Adjunto de Pediatría del Hospital San Pedro de Álcantara<sup>2</sup>

## Introducción:

Los traumatismos craneoencefálicos son en su mayoría leves y tienen buen pronóstico. Las fracturas de peñasco son una complicación de los mismos el manejo de las mismas en la mayoría de los casos es conservador. Es importante la observación estrecha de las mismas para prevenir complicaciones que, aunque infrecuentes, pueden tener consecuencias fatales.

## Caso clínico:

Niña de 8 años derivada por pediatra de primaria por traumatismo parietotemporal izquierdo tras caída en la piscina con sospecha de fractura en la base del cráneo. La paciente refería leve dolor en la zona donde se había golpeado,

No antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares de hipoacusia en rama materna.

Exploración física: Glasgow 15, exploración neurológica sin signos de focalidad. En otoscopia se observa otorragia del oído izquierdo sin llegar a visualizarse el tímpano. No hematoma, ni deformidad, ni crepitación. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes.

## Pruebas complementarias

- TAC craneal: Fractura longitudinal de peñasco y hemotímpano.
- Audiometría: Hipoacusia de transmisión en oído izquierdo.

**Diagnóstico:** Fractura longitudinal de peñasco sin signos de alarma.

**Evolución:** se realiza interconsulta a otorrinolaringología y a neurocirugía quien decide manejo conservador de la misma y revisión en 3 meses. La paciente fue dada de alta del servicio con tratamiento antibiótico profiláctico por el hemotímpano y observación clínica domiciliaria.

La paciente no presentó complicaciones posteriormente, se constató resolución de la hipoacusia de transmisión por lo que fue dada de alta.

## Conclusión:

- Las fracturas del peñasco se producen entre un 6-22% de todos los traumatismos craneales, normalmente tienen pronóstico bueno y su gravedad depende de las lesiones asociadas
- Hay que diferenciar 2 tipos de fracturas: longitudinales y transversales, cuyas manifestaciones y pronóstico son diferentes.
- Desde atención primaria es importante diferenciar cuales son aquellos síntomas centinelas que nos hagan sospechar alguna complicación en el traumatismo craneal y que por tanto el paciente requiera observación intrahospitalaria o la realización de pruebas complementarias.
- Una vez más cabe destacar la importancia de la evaluación inicial y la exploración física completa de los pacientes.



# Toxicodermias: cuando los fármacos son el problema

Rosario Espejo; M<sup>a</sup> Luz Gutiérrez; M<sup>a</sup> Cristina Vicho; Belén de la Vega; Manuela Delgado.  
Hospital Materno Infantil de Badajoz.

Las toxicodermias son dermatosis causadas por el efecto nocivo de medicamentos. Establecer la relación causal entre la aparición de un exantema y la administración de un fármaco exige un alto índice de sospecha, pero es obligado incorporar la patología inducida por medicamentos dentro del diagnóstico diferencial de enfermedades que cursan con erupción, especialmente si existe compromiso simultáneo cutáneo y mucoso

Se exponen los casos de dos pacientes con reacciones cutáneas secundarias a fármacos con distinta evolución.

Niña de 7 años con antecedente de púrpura de Schölein-Henoch que presenta exantema generalizado de 48h de evolución caracterizado por pápulas sobreelevadas de distribución simétrica con afectación palmo-plantar y enantema reticular en mucosa yugal.

En historia clínica destacaba el inicio de tratamiento con terbinafina oral dos semanas antes por sospecha de tiña capitis. Pruebas complementarias normales, salvo frotis faríngeo positivo a *Streptococcus pyogenes*.

Diagnóstico definitivo de eritema multiforme menor. Evolución favorable con resolución completa del cuadro en una semana.

Niño de 10 años con epilepsia multifocal en tratamiento con ácido valproico, asociando lamotrigina dos semanas antes de iniciar un cuadro consistente en aftas orales y exantema pápulo-vesículo-ampolloso de predominio facial y toracoabdominal con afectación palmo-plantar. Extensión progresiva de las lesiones cutáneas y mucosas con exudación y

descamación que llega a afectar a más de 30% de superficie corporal, precisando ingreso en UCIP.

Diagnóstico definitivo necrólisis epidérmica tóxica. Actualmente, en unidad de quemados de hospital extracomunitario con pronóstico reservado.

Los trastornos mucocutáneos son el efecto adverso farmacológico más frecuente, generalmente leve, con prevalencia desconocida en la infancia. Una adecuada anamnesis y las características y evolución de las lesiones orientaran el diagnóstico, siendo característica la afectación palmo-plantar. El tratamiento, una vez retirado el fármaco sospechoso, es sintomático, manteniendo vigilancia estrecha durante las primeras 48 horas con el fin de detectar criterios de gravedad o evolución a un cuadro de insuficiencia cutánea aguda que requiera medidas más agresivas.





# Lesiones cutáneas como debut de proceso hematológico maligno

María Cristina Vicho González; Belén Rodríguez Jiménez; Belén de la Vega Castro; Cristina Salas de Miguel; María Rivas Medina; Isaac José Mangas Marín  
Hospital Materno Infantil de Badajoz

## Introducción

Las lesiones cutáneas representan hasta un 6% de las consultas en atención primaria, siendo estas más frecuentes en menores de un año. La mayoría de las lesiones son autolimitadas y de carácter benigno pero no hay que olvidar que pueden ser el inicio de una patología sistémica subyacente.

## Caso clínico

Lactante de 5 semanas de edad que acude a su pediatra por lesiones eritematosas-violáceas progresivas, palpables y diseminadas en axila, tronco y extremidades inferiores de 10 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. Ante los hallazgos su pediatra solicita analítica donde destaca 35.000 leucocitos con 49% de blastos en sangre periférica; hemoglobina, plaquetas y coagulación normales; bioquímica sin signos de lisis tumoral al diagnóstico.

Es derivada al hospital de referencia donde tras realizarse aspirado de médula ósea se concluye infiltración por 90% de blastos, siendo el inmunofenotipo compatible con leucemia mieloide aguda M0 con reordenamiento MLL+ en el estudio de citometría.

Se inicia tratamiento según protocolo Sant Jude AML 02 modificado con daunomicina, citarabina y etoposido. Tras primer ciclo de quimioterapia realiza síndrome de lisis tumoral con fallo renal agudo que no respondió a hiperhidratación ni medidas farmacológicas, precisando diálisis peritoneal durante 48 horas.

Enfermedad mínima residual de 0% tras segundo ciclo de inducción. Dado al alto riesgo de estas leucemias, a pesar de la buena respuesta al tratamiento, se procede a trasplante haploidéntico

de progenitores hematopoyéticos de su madre. Actualmente en remisión.

## Discusión

Las leucemias congénitas se define como la leucemia que aparece al nacimiento o en el primer mes de vida, suponiendo <1% de las leucemias en niños.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las derivadas de la hiperleucosis, fallo medular y las cutáneas.

Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con reacciones leucemoides (secundarias a infecciones TORCH, anemia hemolítica), metástasis de euroblastoma o histiocitosis.



# Oblicuidad pélvica congénita

Diana Baltaga; Esther Martínez; M<sup>a</sup> Jesús Irala; Antonia Fernández, Cristina Bravo Cañadas  
CS. Plasencia II

**Palabras clave:** pelvis, cadera, oblicuidad, abducción limitada

**Historia clínica:** Presentamos el caso de una lactante de 4 meses, primogénita, que en la revisión de salud presenta en la exploración de caderas una ligera asimetría de los pliegues glúteos, siendo el resto de la exploración normal.

**Diagnóstico diferencial:** displasia congénita de la cadera

**Discusión:** La oblicuidad pélvica congénita (OPC) fue descrita por primera vez por Weissman. Tiene una incidencia alta entre un 1% y un 7,3%. Se presenta con asimetría de los pliegues glúteos, tendencia a mover menos una extremidad inferior de manera espontánea o debido al acortamiento de una extremidad inferior con limitación de la abducción pasiva de la cadera del lado acortado. La OPC se produce por una contractura unilateral de los músculos abductores, glúteos (principalmente el glúteo mediano) y el tensor de la fascia lata, que conduce en el lado contracturado a un descenso de la pelvis y una abducción, flexión y descenso de la extremidad inferior homolateral y en el lado contralateral habrá un ascenso de la hemipelvis y una elevación y aducción de la extremidad inferior correspondiente, siendo esta última la cadera con riesgo de luxación-subluxación o displasia.

**Evolución:** Es importante la interrelación entre Pediatría, Radiología Infantil, Traumatología Infantil y Rehabilitación.

**Diagnóstico final:** contractura en abducción de la cadera es una patología más frecuente que la displasia evolutiva de cadera pero sigue siendo poco conocida y divulgada.