



**IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**
I Simposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters IV



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 4

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

Moderador: J. Montiano

DERMATOLOGÍA, LA ASIGNATURA PENDIENTE EN PEDIATRÍA.

Y. Peña, A. De la Fuente, C. Barceló¹, X. Perramon, V. García-Patos², X. Ballabriga.

Servicio de Urgencias de Pediatría, ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Dermatología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la demanda del área dermatológica en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

Material y métodos: Se utilizó la base de datos SIAH (Sistema de Información de Atención Hospitalaria), que recoge de forma informatizada el motivo de consulta y el diagnóstico de salida de los pacientes visitados en Urgencias. Se analizaron los motivos de consulta más frecuentes y los diagnósticos de salida de los correspondientes a Dermatología. Los datos presentados corresponden a los 44.460 pacientes visitados durante el año 2003, habiendo excluido los controles (1.619) y aquellos derivados de otros centros (6.429).

Resultados: La mayoría de pacientes fueron visitados en Medicina ((77.5%), el 16.6% en Traumatología y el 5.9% en Cirugía Pediátrica, de los que el 1.3% correspondieron a quemaduras. En Medicina, el motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (33%, en el 47.8% acompañando a otros síntomas) seguido de la dificultad respiratoria (11.7%) y las lesiones cutáneas (9.7%). Dentro de la patología dermatológica, los diagnósticos más frecuentes fueron: Exantemas infecciosos (31.6%), urticaria (14.1%), dermatitis atópica (9.7%), infecciones cutáneas (8.9%), aftosis (6.9%), otras dermatitis eczematosas (5.2%), picaduras (4.2%) y miscelánea (7.4%). En un 12% de los casos no se llegó al diagnóstico o no fue especificado. El 0.6% de estas visitas fueron derivadas a la Consulta de Dermatología, siendo los diagnósticos finales más frecuentes: dermatitis atópica (35%), otras dermatitis eczematosas (8.1%) y escabiosis (8.1%).

Conclusiones:

- Las lesiones cutáneas fueron el tercer motivo de consulta más frecuente en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas.
- Alta prevalencia de la escabiosis, con bajo índice de sospecha.
- Saturación de las Consultas de Dermatología con patología banal: necesidad de una mayor formación de los Pediatras en esta área de la Medicina, tanto a nivel diagnóstico como de seguimiento y manejo terapéutico.



EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE. UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA.

I. Miner Kanflanka, J.A. Muñoz, J. Landa, E. Oñate, Y. Albisu.

Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia.

Introducción: El edema agudo hemorrágico del lactante es una entidad de etiología desconocida, caracterizada por fiebre, lesiones cutáneas purpúricas "en escarapela" y edema de cara y extremidades, en lactantes, predominantemente varones, de 4 a 24 meses de edad. De comienzo súbito, tiene un curso evolutivo benigno con recuperación espontánea. La afectación sistémica es excepcional. La incidencia es desconocida debido a su rareza.

Observación clínica:

Caso 1: Niño de 5 meses con lesiones en mejillas que evolucionan de máculas eritematosas a pápulas induradas. Equimosis en pabellones auriculares. Edema de zonas acras. Secreción conjuntival purulenta. Antecedentes sin interés salvo tratamiento con un extracto de drosera y tomillo una semana antes. Analítica normal, salvo plaquetas 654.000 y leucocitos 12.500 (N 42.3%, L 54.6%). Frotis conjuntival; positivo a neumococo. Se instaura tratamiento antibiótico. 23 meses después no ha presentado recurrencias ni secuelas.

Caso 2: Niña de 7 meses con edema y equimosis en ambos pies de una hora de evolución. Febrícula. Antecedentes sin interés. Analítica normal, salvo plaquetas 667.000, leucocitos 29.900 (N 44%, L 41%, Cayados 6%). Sedimento urinario; 10-20 hematies/campo. Urocultivo y hemocultivos; negativos. Se instaura tratamiento antibiótico debido a la leucocitosis con desviación izquierda. Pasados 2 meses no ha presentado recurrencias ni secuelas.

Comentarios:

- A pesar de presentar una vasculitis leucocitoclástica en la biopsia, queremos recalcar que este procedimiento es innecesario debido a la posibilidad de diagnóstico clínico y la benignidad del cuadro.
- El buen pronóstico de la entidad parece aconsejar una conducta expectante, con tratamiento sintomático. Sin embargo, se pueden administrar antibióticos en caso evidencia o sospecha de una infección concurrente.
- El objetivo fundamental de esta comunicación es dar a conocer una entidad, que se cree más frecuente pero infradiagnosticada, lo cual explicaría la admisión de dos casos en nuestro servicio en el transcurso del último año.



EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE.

A. Espino González, I. Reytez Azpeitia, J. Syltern, D. González Santana, E. González Díaz.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC). Las Palmas.

Introducción: El Edema Agudo Hemorrágico del Lactante (EAHL) es una vasculitis leucocitoclástica, con una baja incidencia que puede ser debida, en parte, al desconocimiento que se tiene de ella o por su similitud con la Púrpura de Pschonlein-Henoch (PSH). Su etiopatogenia es desconocida aunque se relaciona con fenómenos de hipersensibilidad tipo III. Aparece en lactantes de entre 4 meses y 2 años, de comienzo agudo, caracterizado por lesiones purpúricas en tronco, extremidades, pabellones auriculares, escroto, así como edema distal de extremidades, junto con buen estado general y cursando con analítica normal (plaquetas normales). Tiene rara afectación sistémica, son escasas las recidivas y el pronóstico es excelente.

Caso clínico: Lactante varón de 21 meses, que presenta cuadro de 24 horas de evolución, consistente en la aparición de un exantema pruriginoso máculo-eritematoso en cara y miembros inferiores, que fue extendiéndose al tronco y miembros superiores. En las siguientes 24 horas aparece febrícula, edema en tobillos, lesiones equimóticas en muslos y máculas eritematosas en pabellones auriculares. A la exploración destaca buen estado general, febrícula, faringe hiperémica y las lesiones en piel anteriormente descritas.

Analítica: hemograma, VSG, bioquímica, orina, coagulación, PCR, inmunoglobulinas, complemento, ASLO, serología vírica, hemocultivos, urocultivos, mantoux, Rx de tórax y de senos paranasales, siendo todo normal. En la ECO-abdominal se detectó, casualmente, agenesia renal derecha y ureteroceles izquierdo. El tratamiento consistió en reposo y vigilancia, remitiendo el cuadro espontáneamente en 1 semana, sin complicaciones añadidas.

Comentarios:

- El EAHL es una vasculitis leucocitoclástica de baja incidencia, debida en parte, a su desconocimiento o a su similitud con la PSH.
- Sospecharla ante un lactante menor de 2 años con aparición súbita de púrpuras en tronco, cara (pabellones auriculares) y escroto, con edema distal y buen estado general.
- Hacer diagnóstico diferencial con la PSH, entre otras, ya que ambas son vasculitis leucocitoclásticas, pero son entidades distintas.
- En la IFD (de una biopsia cutánea) del EAHL se detecta depósitos de C1q, que no se hallan en la PSH.
- Es típica la ausencia de IgA sérica en el EAHL, estando presente en la PSH.
- Son raras la afectación visceral y las recidivas.
- Tratamiento conservador.
- Pronóstico excelente.



PÚRPURA DE SCHÖLEIN HENoch AMPOLLOSA POR PARVOVIRUS B19.

M.A. Tejero Hernández, I. Durán Hidalgo, B. Csányi, R. Gil Gómez, E. Nuñez Cuadros, C. Calvo Macías.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La púrpura de Schölein Henoch (PSH) es una vasculitis de vasos de pequeño calibre, de etiología desconocida, aunque se han descrito agentes infecciosos implicados como: *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus* Grupo A, parvovirus, virus Epstein Barr, etc. Habitualmente se presenta como púrpura palpable que cambia de rojo al violáceo, se torna pardo-herrumbroso y finalmente desaparece en 3-10 días. En raras ocasiones aparecen asociadas lesiones vesiculosas hemorrágicas, ampollas y úlceras. Aparece en brotes cuyos intervalos van desde días hasta 3 ó 4 meses y en casos excepcionales se prolongan durante varios años.

Caso clínico: Niño de 8 años con antecedente de PSH en dos ocasiones el año anterior. Acude con nuevo brote de 72 horas de evolución, presentando en el momento de consulta y acompañando a las lesiones púrpúricas, ampollas de contenido hemorrágico y dolorosas extendidas por MMII hasta las rodillas, que se rompen dejando úlceras, sin otros hallazgos a la exploración. Pruebas Complementarias: 1) Hemograma y coagulación: Normal. 2) Análisis orina: Normal. 3) Bioquímica y VSG: Normal 4) Estudio de inmunidad y autoinmunidad (Igs, subpoblaciones linfocitarias, VIH, ANA y anti DNA: normal). 5) Serología: *Mycoplasma*, CMV, Herpesvirus, VEB: negativos. Parvovirus B19 Ig M(+). Rehistoriando al paciente refiere contacto con niños afectados de eritema infeccioso. J clínico: PSH ampollosa por Parvovirus B19.

Conclusiones:

- Junto con la clínica de presentación habitual, se han descrito casos en los que se asocian a la púrpura palpable lesiones tipo vesículas, ampollas y verdaderas úlceras.
- La etiología en la mayoría de los casos es desconocida pero puede ser determinada en otros, estando implicados agentes infecciosos, entre ellos el parvovirus B19.
- Aunque suele ser un proceso autolimitado también se han descrito casos en los que los brotes se suceden durante varios años.



AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH.

A. Gutiérrez Amorós, O. Gómez Pérez, A. Sempere Pérez, F. Alonso Ortega, B. Romero Hidalgo, D. Montoro Cremades.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis leucocitoclástica aguda cuya clínica es púrpura cutánea (100%), artritis (82%), dolor abdominal (63%), sangrado gastrointestinal (33%) y nefritis (33%). Etiología desconocida pero la IgA tiene un papel importante (aumento sérico, depósito en vasos y mesangio renal). En general es una enfermedad autolimitada, pero 1/3 tendrán recurrencias. La afectación gastrointestinal ocurre en 2/3 de los casos, y suele manifestarse por dolor abdominal.

Caso clínico: Niño de 9 años que ingresa por dolor abdominal y vómitos. Púrpura en miembros inferiores y fiebre 10 días antes, diagnosticándose de PSH.

Antecedentes: Ingresado 20 días antes de cuadro actual por dolor abdominal de 15 días de evolución sin otros síntomas. Pruebas complementarias (sangre, orina y heces, ecografía abdominal) normales. Alta con sospecha de dolor abdominal funcional

Exploración: Tª 37,2°C, TA 120/83, lesiones purpúricas miembros inferiores, abdomen doloroso de forma difusa, resto normal. Pruebas complementarias, incluida gammagrafía, normales. Es tratado con corticoides con buena evolución. Reingresa a los 3 meses con dolor abdominal y vómitos. 2 episodios de púrpura intercrisis. Exploración similar a la previa. Pruebas complementarias normales salvo ecografía con dilatación moderada de asas yeyunales y engrosamiento pared. Endoscopia: 6-7 lesiones agudas en antro gástrico. Tratamiento con corticoides con desaparición del dolor. Asintomático desde hace 9 meses.

Discusión: Aunque la afectación abdominal suele aparecer junto al rash purpúrico, en un 14-36% de casos los síntomas abdominales preceden a la púrpura (3-48 días). Puede simular abdomen agudo con laparotomías innecesarias, persistiendo el dolor tras intervención. La invaginación es la complicación intraabdominal seria más común. La ecografía es una prueba diagnóstica importante que reduce la cirugía. Un diagnóstico precoz y tratamiento rápido de las complicaciones intraabdominales reduce la mortalidad. Los corticoides alivian el dolor abdominal en unos 2 días y la artritis pero no previenen las recaídas.



PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA.

J. Sánchez de Toledo*, Á. Aramburo, M. Quintana, J. Fábrega, C. Díaz de Heredia*.

*Servicio de Urgencias; *Servicio de Hematología Pediátrica, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo: La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es un trastorno autoinmune caracterizado por un descenso en la cifra de plaquetas acompañado habitualmente de diátesis hemorrágica. Afecta tanto a niños como adultos y supone un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias pediátricas. La incidencia es de 1-5 casos pediátricos/ 10^5 habitantes y año. Se define PTI aguda la de duración <6 meses. Aunque la forma crónica es la más frecuente en adultos, representa sólo el 20% de los casos infantiles. La tendencia habitual de la enfermedad es hacia la curación espontánea. El tratamiento está dirigido a aumentar rápidamente los valores de plaquetas hasta niveles que eviten complicaciones hemorrágicas. Presentamos la revisión de los casos de PTI aguda diagnosticados en nuestro centro desde el año 1998 al 2003.

Material y métodos: Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los 71 pacientes diagnosticados de PTI en nuestro centro entre los años 1998 y 2003. Se han valorado los diferentes datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos, así como de morbilidad, tratamiento y evolución.

Resultados: Se estudiaron un total de 71 pacientes, 65% niños. Edad media 4años (mediana 2años) (RIC 3m-14a) No se encontraron diferencias en relación al periodo estacional. El modo de presentación más frecuente fue la púrpura aislada (68%) encontrándose signos de sangrado mucoso en el 13%. El 73% presentaban al diagnóstico un recuento plaquetar $<20.000/\text{ml}$. Habían padecido enfermedad viral previa el 51%, hallando serologías virales positivas en un 46%. 11% recibieron fármacos previamente y 5.6% vacunación con triple vírica. Un paciente presentaba enfermedad de base relacionada con PTI (déficit de IgA). Se encontró IgM antiplaquetar en un 21%. Evolucionaron a la cronicidad 7 pacientes (9.8%), el 25% requirió varias tandas de tratamiento mientras que el 65% presentaron remisión completa en un primer y único episodio. De estos, el 21.7% recibió tratamiento corticoideo, 28.2% gammaglobulinas, 45.6% ambos y sólo dos casos no recibieron tratamiento. No se encontraron complicaciones hemorrágicas graves ni exitus entre ninguno de nuestros pacientes.

Conclusiones: No existen en la literatura claves diagnósticas que permitan predecir el riesgo de complicación de un paciente con PTI, siendo difícil hacer unas recomendaciones generales acerca de su manejo. No obstante, la existencia de complicaciones y de mortalidad asociada a hemorragia intracraneal ($<1\%$) hace necesaria la elaboración de protocolos terapéuticos basados en la experiencia acumulada en espera de los resultados de estudios multicéntricos prospectivos.



ERITEMA MULTIFORME MAJOR.

C. Mendoza Mayor, J. Fàbrega Sabaté, N. Piqué Palacín, M. Quintana Montero, N. Roca-Cusachs Pericas, X. Ballabriga Vidaller.

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.

Objetivos: El eritema multiforme mayor es una enfermedad infrecuente pero potencialmente grave en PEDIATRÍA. Presentamos nuestra experiencia en un periodo de cuatro años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos diagnosticados en nuestro centro entre enero de 1998 y diciembre de 2002. Se revisan los datos epidemiológicos, clínicos, antecedentes de infección y/o ingesta de fármacos, tratamiento y evolución.

Resultados: Durante el periodo estudiado se diagnosticaron 10 casos (6 varones y 4 hembras) con edad media de 3,7 años (10 meses-10 años). En todos los casos se constató un antecedente infeccioso previo (70% infecciones del área otorrinolaringológica) al inicio del cuadro cutáneo, presentando ingesta previa de fármacos 7 casos (70%), 5 de ellos con antibiótico beta-lactámico y en 2 casos antiepilépticos (lamotrigina y carbamazepina). Dos casos requirieron ingreso en la unidad de quemados y el resto en planta de hospitalización. En 4 casos se realizó cobertura antibiótica con cloxacilina y también 4 se trataron con corticoides sistémicos. Sólo un caso recibió antibióticos y corticoterapia de forma conjunta. Un solo caso precisó asistencia con nutrición parenteral y analgesia con opiáceos. Se practicó biopsia cutánea en 2 casos. La evolución fue favorable en todos obteniendo el alta hospitalaria a los 5,2 días de media (24 horas-13 días). No se presentaron secuelas significativas.

Conclusiones: La forma mayor de eritema multiforme constituye una afección dermatológica rara pero potencialmente grave, generando en algunos casos importantes secuelas y necesidad de cuidados intensivos. A pesar de su importancia no existe uniformidad en los criterios diagnósticos y pautas terapéuticas recomendadas.



SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON CON AFECTACIÓN MUCOSA SEVERA ASOCIADO A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA.

M.A. Arias Consuegra, A. Fuentes Ortiz, M. Berrocal Martín, G. Mateos Pérez, D. Fernández Álvarez, J. López Ávila.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: El síndrome de Stevens Johnson es una enfermedad rara, con una prevalencia de 1/1000000, tiene como etiología más frecuente la inducida por fármacos y la segunda la infecciosa. En su patogenia se involucran reacciones inmunológicas y un mecanismo final de apoptosis masiva de queratinocitos epidérmicos. El tratamiento se basa en medidas de soporte. El motivo de exponer este caso es la grave y casi exclusiva afectación mucosa en el cuadro clínico, así como su asociación a infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Caso clínico: Paciente de 11 años con cuadro febril de seis días de evolución, tos, en tratamiento con cefixima y ambroxol. En los últimos dos días comienza con lesiones ulcerosas severas orales, odinofagia con disfagia incluso para líquidos, afectación conjuntival intensa, además de deposiciones líquidas, vómitos y pérdida ponderal de seis kilogramos. En la exploración se constata un regular estado general, decaimiento, palidez cutánea, conjuntivitis muy marcada con fotofobia y úlceras corneales tras tinción con fluoresceína, crepitantes en base derecha; en la cavidad orofaríngea destaca una hiperemia con petequias, lesiones ampollas y despegamiento de mucosas; en la piel presenta lesiones aisladas, redondeadas papulares de reborde eritematoso y centro pseudovesiculoso; lesiones ulcerosas eritemato-violáceas en glande. Se realizan la siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, estudio inmunológico, ASLO, proteinograma, estudios microbiológicos, serología, estudios de imagen y valoración nutricional, también valorado por servicio de dermatología y oftalmología; llegando al diagnóstico de síndrome de Stevens Johnson secundario a neumonía por *Mycoplasma*. Se inicia tratamiento antibiótico con macrólidos, y medidas de soporte, sueroterapia y alimentación enteral a débito continuo mediante sonda nasogástrica y tratamiento local de lesiones bucales. Sigue una evolución lenta y favorable.

Conclusión: El síndrome de Stevens Johnson es una enfermedad rara en los pacientes de edad pediátrica. En nuestro caso la presentación es atípica por afectación predominante e intensa de mucosas, de evolución tórpida y etiología infecciosa.



CONDILOMAS ACUMINADOS: REVISIÓN DE TRES CASOS.

M.J. Santiago, M.P. Falero, M.D.Sánchez, L. Sentchordi, M.J. Navarro, C. Pérez.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: Los virus del Papiloma Humano producen diversas lesiones proliferativas de la piel y mucosas, entre ellas las verrugas vulgares. Vías de transmisión en pediatría:

1. En el momento del parto, si presentación cefálica (considerar en menores de dos años). Las verrugas se localizarán en la conjuntiva o en la laringe. En las presentaciones de nalgas se situarán en región anogenital.
2. Autoinoculación a partir de otras localizaciones (por ejemplo manos) o inoculación accidental procedente de otro infectado. Más frecuente en mayores de dos años.
3. Abuso sexual. Se da en el 50% de todas las verrugas anogenitales. Es más frecuente en niñas y la incidencia aumenta con la edad. Las localizaciones habituales son vulva y región perianal.

Observaciones clínicas: Durante el periodo 2001-2003 acudieron a urgencias de nuestro servicio tres pacientes con lesiones verrucosas en genitales externos compatibles con condilomas acuminados. Las tres pacientes eran niñas de 14, 23 meses y tres años. Ninguna de ellas tenían signos aparentes de abuso sexual en la exploración ginecológica ni presentaban verrugas en otras localizaciones. Se realizó biopsia de las lesiones confirmándose el diagnóstico de condilomas acuminados. En dos de las pacientes se realizó estudio de Virus del Papiloma Humano que resultó ser positivo. Las serologías de Hepatitis B, C, VIH y Sífilis fueron negativas en las tres pacientes. Tras estudio ginecológico y urológico de los familiares sólo se encontraron condilomas acuminados en el padre de una de las pacientes (14 meses). Se realizó tratamiento con Podofilotoxina en dos de los casos (precisando repetir el ciclo de tratamiento ante su recaída posterior) e Imiquimod en la tercera paciente con buena evolución (seguimiento de tres meses).

Comentarios:

- Ante un paciente pediátrico que acude a urgencias con condilomas acuminados se debe valorar con prudencia el mecanismo de transmisión teniendo en cuenta que existen diferentes tipos.
- El diagnóstico definitivo de los condilomas acuminados se realiza mediante biopsia y permite realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones como el condiloma lata y lesiones pseudoverrucosas por irritación crónica.
- Hay que descartar la existencia de otras verrugas en el mismo niño o en los convivientes. Se debe tipificar el genotipo del VPH del niño y del adulto que las tuviese.
- Se debe investigar la existencia de otras enfermedades de transmisión sexual.



¿ES LA VARICELA TAN INOCENTE?

G.M. Lou, E. Javierre, G. Manjón, C. Campos.

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos: Valoración de pacientes diagnosticados de Varicela en Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, entre enero 2003 y mayo 2003, analizando si eran remitidos por su pediatra, tipo de exámenes complementarios realizados, necesidad de ingreso hospitalario valorando las complicaciones posteriores.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 2.4431 urgencias, 260 niños (1,06% de las urgencias) 49,2% varones y 48,5% mujeres, con una edad comprendida entre 8 días y 13 años y medio, con el diagnóstico de varicela, entendiendo ésta como infección primaria por Virus Varicela Zoster.

Resultados: Edad media (expresada en media \pm 2DE) fue 45,88 meses \pm 33,457. La mayoría de pacientes consultaron entre marzo y abril; el 98,8% de forma espontánea. Al 89,7% no se realizó ningún examen complementario, radiografía de tórax al 6,8%, coincidiendo con fiebre. El 85,15% acudieron por aparición de sarpullido, fiebre el 17,7%, dificultad respiratoria el 1,1% y crisis convulsiva el 0,7%. Precisaron ingreso 6 niños, de edad media 19 meses, con complicaciones de varicela generalizada sobreinfectada, neumonía, crisis convulsiva febril, conjuntivitis, sepsis y ectima gangrenoso. Al ingresar se instauró tratamiento intravenoso con aciclovir, en 2 casos junto con aciclovir tópico, y 3 casos precisaron antibioterapia asociada. Un ingresado fue recién nacido de 5 días de vida hijo de madre con varicela, siendo tratado con aciclovir oral y gammaglobulina específica antivari-cela.

Comentarios: La varicela a menudo leve, puede dar lugar a aumento de morbilidad, predisponer a infecciones graves y complicaciones. El 2,29% de los pacientes con varicela asistidos en la unidad de Urgencias fueron ingresados. Nuestros datos apoyarían la aplicación de inmunización de manera sistemática, lo que disminuiría el número de complicaciones.



URTICARIA PIGMENTOSA. DIAGNÓSTICO POR UN EPISODIO DE SHOCK.

N. Roca-Cusachs Pericas¹, A. Fàbregas Martori¹, J. Sánchez de Toledo¹, J. Fàbrega Sabaté¹, X. Perramon Montoliu¹, V. García-Patos Briones², X. Ballabriga Vidaller¹.

¹Servicio de Urgencias Pediátricas, ²Servicio de Dermatología. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Fundamento y objetivo: La urticaria pigmentosa es el tipo más frecuente de mastocitosis cutánea. Su diagnóstico es importante puesto que diferentes estímulos pueden provocar la liberación masiva de mediadores inflamatorios responsables de sintomatología sistémica. Presentamos un caso en el que, a pesar de la presencia de las lesiones cutáneas, no se llegó al diagnóstico hasta después de un episodio de shock anafiláctico.

Observaciones clínicas: Paciente varón de 2 años de edad remitido al Servicio de Urgencias por episodio de pérdida de conciencia de 15 minutos de duración con cianosis peribucal y un vómito, sin movimientos paroxísticos ni fiebre. No refieren antecedentes familiares ni patológicos de interés, salvo dermatosis no filiada desde el nacimiento. A la exploración presenta mal estado general con taquicardia, mala perfusión periférica, hipotensión y obnubilación (Glasgow 14), sin signos meníngeos. Destacan máculas marronosas generalizadas que desaparecen a la vitropresión. La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia, coagulopatía y acidosis metabólica. Ante el diagnóstico de shock se recogen muestras para cultivos de sangre, orina y LCR y se inicia oxigenoterapia, expansión de volumen, corrección de la acidosis con bicarbonato, de la coagulopatía con plasma fresco y vitamina K y antibioticoterapia endovenosa. A las pocas horas presenta mejoría clínico-analítica, persistiendo las lesiones cutáneas. Es valorado por el servicio de dermatología que diagnostica la dermatosis de urticaria pigmentosa. Se realiza serie esquelética y ecografía abdominal que son normales y determinación de triptasa sérica que está elevada. El estudio microbiológico fue negativo. Retrospectivamente se catalogó el cuadro como shock anafiláctico secundario a la degranulación de mastocitos. No se llegó a identificar el factor desencadenante.

Comentarios: La urticaria pigmentosa puede ser causa de shock anafiláctico. Se caracteriza por lesiones maculo-papulares marronosas generalizadas de predominio en tronco. Estas lesiones corresponden al acúmulo de mastocitos en la dermis, con la posibilidad de su liberación masiva ante diferentes estímulos. Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de todo cuadro de shock y lesiones cutáneas características. Su tratamiento se basa en la administración de adrenalina intramuscular o subcutánea, siendo primordial la prevención de factores desencadenantes.



MOTIVOS DE CONSULTA EN EL PERIODO NEONATAL EN URGENCIAS.

C. Fernández Ruiz, N. Lasuen Olmo, A. Curcoy Barcenilla, V. Trenchs Sáinz de la Maza, J.J. García García, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Psiquiatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.*

Introducción: Los recién nacidos constituyen un grupo de población que consultan con alta frecuencia al Servicio de Urgencias. Diversos factores contribuyen a ello como la existencia de patología específica, en ocasiones grave, las características fisiológicas propias de los recién nacidos y la inexperiencia de los padres. El objetivo de este estudio es conocer los motivos de consulta más frecuentes y la patología más prevalente.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los informes de urgencias de todos los neonatos atendidos en nuestro servicio de urgencias pediátricas durante el año 2003. Se analizaron edad, sexo, fecha y hora de llegada, tiempo de espera y de asistencia, derivación por otro médico, motivo de consulta, exploraciones complementarias, diagnóstico y destino del paciente.

Resultados: Se atendieron 1.481 consultas de neonatos (13,3% reconsultas), que representan el 2% del total de visitas. La edad media fue de $15,8 \pm 7,5$ días con predominio discreto de varones (53,7%). La mayor demanda asistencial se registró en viernes, durante el turno de tarde (14- 22h) y los meses de julio y diciembre. El tiempo medio de espera fue de 20 minutos y el de permanencia en el hospital de 107 minutos. Los motivos de consulta más frecuentes fueron irritabilidad/llanto (16,3%), fiebre (13,6%), vómitos (11%) y clínica catarral (10,8%). Las exploraciones complementarias más solicitadas fueron el sedimento de orina (29,7%) y la analítica sanguínea (28,2%); un 45,9% no requirió ningún examen. Los diagnósticos finales principales fueron problemas de alimentación (12,6%), cólico del lactante (12,4%) e infección respiratoria de vías altas (12%). Se observan diferencias en los diagnósticos según la edad; en menores de 14 días el más frecuente fue la patología no objetivable (7,6%) y en mayores, los procesos catarrales (8,5%). En el 11,7% de los casos no se objetivó patología. Precisaron ingreso hospitalario el 30%, principalmente por fiebre sin foco y bronquiolitis. Los pacientes remitidos por otro médico fueron 363 (24,5%). Este subgrupo de pacientes se ingresó más (40,8% vs. 20,5%) y precisó exploraciones complementarias con más frecuencia (79,3% vs. 45,8%).

Conclusiones: A pesar que los motivos de consulta y los diagnósticos finales corresponden a procesos banales, los neonatos generan una alta demanda de exámenes complementarios y una elevada frecuencia de hospitalización. El hecho que el niño sea remitido por otro facultativo aumenta la probabilidad de exámenes e ingreso.



ESTUDIO DE LOS NEONATOS INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL AÑO 2003.

M.A. Rodríguez González, S. Todorcevic, E. González Díaz, Z. Espinel Padrón, I. Melián Domínguez, J. Poch Páez.

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Se estima que la población de Las Palmas menor de 14 años en el 2003 era aproximadamente 120.391. El Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias es uno de los centros del país con mayor número de partos al año. En los Centros hospitalarios de Canarias se ha asistido a 15.766 parto, fruto de los cuales han nacido 15.981 niños y de ellos, 7.333 en Gran Canaria, 3.811 varones y 3.521 mujeres.

Objetivo: Estudio del grupo de niños menores de 28 días de vidas ingresados en nuestro hospital a través del servicio de urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas que incluyen a todos los niños menores de 28 días que ingresaron en nuestro hospital a través del servicio de urgencias durante el año 2003.

Resultados: En nuestro servicio se han atendido a lo largo del año 2003 a 40.285 niños menores de 14 años, correspondiendo 1.678 (4,2%) a menores de 28 días de vida, de los cuales ingresaron 298 (17,8%). De ellos un 56% eran varones y un 44% mujeres. La edad media fue de 10,5 días y la estancia media de 7,5 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron: ictericia (31,20%) no isoimunes, por lactancia materna o por incompatibilidad de grupo, síndromes febriles con sospecha de infección (21,04%), la mayoría infecciones de orina, bacteriemias, sepsis, meningitis o viriasis; bronquiolitis (9,06%), crisis de cianosis (6,04%) como manifestación de crisis de atragantamiento y RGE, vómitos y diarreas (5,69%) como infección del tracto urinario, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis, estenosis hipertrófica de píloro.

Conclusión: al ser nuestro hospital uno de los de mayor natalidad del país y centro de referencia de la isla, la población neonatal que asiste a nuestro servicio de urgencias es considerable. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo. Las patologías más frecuentes que conducen al ingreso son la ictericia, fiebre, sospecha de infección, bronquiolitis, cianosis, vómitos y diarreas, entre otros.



CONTROL DE ICTERICIA EN URGENCIAS. UN CASO DE HEPATITIS POR ENTEROVIRUS.

F. Verjano Sánchez, Y. Lage, N. Martínez Guardia, I. Pinto, M. Vázquez.

Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: En nuestro hospital, el control de los recién nacidos con hiperbilirrubinemia límites para considerar fototerapia al alta de la maternidad, se realiza en el Servicio de Urgencias. De mayor a menor frecuencia la etiología de estos casos de ictericia son: ictericias fisiológicas, antecedentes de poliglobulia, isoimmunidad y cuando son tardías son secundarias a lactancia materna e infecciones de orina.

Caso clínico: Niño de 7 días con antecedentes de prematuridad (35+4 semanas) y distrés tipo II con serología connatal inmune a rubeola, resto negativo, que acude a Urgencias por ictericia no isoimmune e hipoactividad. Alimentación con lactancia materna de forma exclusiva. Al ingreso presenta hiperbilirrubinemia de 17,9 mg/dl con bilirrubia directa de 1 mg/dl por lo que se inicia fototerapia continua. En el protocolo de estudio de ictericia se obtiene el crecimiento de *E. coli* en orina recogida por punción suprapúbica comenzando tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Al 9º día de vida presenta empeoramiento clínico con fiebre, mala perfusión periférica y distensión abdominal secundaria a hepatomegalia y ascitis con hipertransaminemia e hiperbilirrubinemia sobre todo de bilirrubina directa. En los controles analíticos seriados se observó trombopenia persistente y alteraciones de la hemostasia que precisaron varias transfusiones de plaquetas y plasma. La normalización clínica y analítica no se produjo hasta los 19 días de vida. Las pruebas complementarias que se realizaron para descartar distintas causas de fallo hepático fueron negativas salvo el aislamiento de enterovirus en heces.

Comentarios: Presentamos este caso por el diagnóstico final ante un niño que inicialmente se pensó en una ictericia fisiológica o secundaria a infección de orina como otras que se controlan habitualmente en Urgencias. Hacer hincapié en los enterovirus como agente etiológico de fallo hepático neonatal y la buena evolución de este niño a pesar de la alta mortalidad que presentan estos casos.



INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL COMO PRESENTACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA HEPÁTICA.

B. Solís Gómez, C. Romero Ibarra, M. Herranz Aguirre, M. Palacios Horcajada, E. Rupérez García.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: Las fístulas arterio-venosas pueden ser causa de insuficiencia cardíaca. Una exploración física exhaustiva es indispensable para detectar signos indirectos que orienten el diagnóstico. Presentamos el caso de un neonato de 12 días de vida que acude a urgencias con clínica de insuficiencia cardíaca y varios angiomas cutáneos, tras los cuales se ocultaba una malformación arteriovenosa hepática.

Caso clínico: Niña de 12 días de vida que acude por un cuadro catarral y disnea de 5 días de evolución sin fiebre. *Antecedentes perinatales:* RN a término. Peso al nacer: 3,130 kg. Periodo neonatal inmediato: Foterapia por ictericia, apreciándose angiomatosis múltiple cutánea y soplo por foramen oval permeable. Eco cerebral normal. *Exploración:* Peso: 3,430 kg. T^a rectal: 37,5°C. FC: 168 lpm. Sat.O₂: 86-88. Regular estado general. Ictericia cutáneo mucosa, varios angiomas en cuero cabelludo, rostro y tronco. Relleno capilar lento, pulsos débiles. Tórax: taquipnea y tiraje subcostal. Estertores en hemitórax derecho. Ritmo de galope a la auscultación cardíaca. Abdomen: globuloso, distendido, con marcada red venosa superficial y hepatomegalia. *Pruebas complementarias:* Análisis: Hiperbilirrubinemia indirecta. Rx de tórax: cardiomegalia, ocupación del ángulo cardiotorácico derecho. Eco abdominal: hígado grande plagado de lesiones hipodensas, heterogéneas y vascularizadas. Dilatación y aumento del flujo vascular intrahepático compatible con fístula arteriovenosa hepática. No líquido peritoneal libre. Eco cerebral: normal. Ecocardiografía: foramen oval permeable con signos de descompensación cardiocirculatoria, vena cava inferior dilatada. *Evolución:* Estabilizada la paciente mediante tratamiento cardiotónico y diurético, se inició corticoterapia y se trasladó. Tras varias embolizaciones, tuvo un deterioro hepático y falleció en espera de un trasplante hepático al mes y medio de edad.

Conclusiones:

- Las malformaciones arteriovenosas deben incluirse en el diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardíaca del neonato, especialmente cuando se encuentran múltiples angiomatosis cutáneas.
- Su pronóstico, cuando debutan con insuficiencia cardíaca, es malo.



EVALUACIÓN DE NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN EL MANEJO DEL NEONATO CON FIEBRE SIN FOCALIDAD.

E. Gargallo Burriel, S. Ricart Campos, J.J. García García, J. Pou Fernández, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.

La existencia de nuevos métodos diagnóstico-terapéuticos posibilitan que surjan alternativas en el manejo del neonato febril. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la detección sistemática de enterovirus (EV) en LCR así como valorar la efectividad de la administración de ceftriaxona intramuscular (im) en lactantes menores de 30 días con fiebre sin focalidad clara y sin factores de riesgo en espera de cultivos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los lactantes menores 30 días que ingresaron por fiebre. A todos ellos se les realizó hemocultivo, urocultivo y análisis de LCR. Se determinó retrospectivamente la presencia de EV por reacción en cadena de la polimerasa (PCR-EV) en LCR en los casos en que se disponía de muestra adecuada. Los pacientes con fiebre sin focalidad y sin criterios de riesgo se trataron con ceftriaxona intramuscular. Aquellos con criterios de riesgo recibieron ampicilina y gentamicina.

Resultados: Se incluyeron 61 niños. La mediana edad fue 18 días. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: 41% síndrome febril autolimitado, 19,7% infección urinaria, 16,4% bronquiolitis VRS + y 13,1% gripe. En 11 pacientes se realizó la determinación de enterovirus en LCR. Ésta fue positiva en 5 (45,5%); su estancia media fue de 4,4 días. Ninguno de los pacientes con virus demostrado tuvo cultivos positivos. De los neonatos con fiebre sin focalidad evidente, 18 fueron tratados de forma empírica con ceftriaxona im y 16 con ampicilina y gentamicina. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a leucocitos y bandas. En cambio, los que recibieron ampicilina y gentamicina mostraron una PCR superior (media: 19 mg/L vs. 7) e incumplían los criterios de Rochester en mayor proporción (43,8% vs. 27,8%) Entre estos 16 pacientes se detectaron dos enfermedades bacterianas: una infección urinaria y una bacteriemia. De los tratados con ceftriaxona im, ninguno presentó cultivos positivos y la evolución de todos ellos fue favorable. Los niños tratados con ceftriaxona im recibieron menos días de antibioticoterapia (medias 1,7 vs 5,8) y su estancia hospitalaria fue menor (3 vs 6,9) ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La incorporación de nuevos métodos diagnósticos (como la detección rápida y sistemática de enterovirus en LCR) o terapéuticos (uso de ceftriaxona im en neonatos sin criterios de riesgo) es una alternativa válida hasta la confirmación de la negatividad de los cultivos. Su aplicación protocolizada permitiría un manejo más racional y una mejor gestión de recursos sanitarios.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 4

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

DERMATITIS DE CONTACTO SECUNDARIA A PSEUDOTATUAJE CON HENNA: SOBREENFECCIÓN HERPÉTICA.

G. Durán Urdániz, A.J. Cabria Fernández, C. Goñi Orayen, J. Rodríguez Ozcoidi, L. Cascante Díaz*, M. Hervella Garcés*.

*Servicio de Pediatría, *Servicio de Dermatología. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.*

Introducción: Cada vez es más frecuente la realización de tatuajes temporales de henna, extendiéndose esta costumbre a los niños. Están de moda por su corta duración y fácil e incruenta aplicación. En muchas ocasiones se añaden aditivos para mejorar la fijación, como la parafenilendiamina (pPD) y derivados, altamente sensibilizantes.

Caso clínico: Niño de siete años de edad, sin antecedentes, que acude a urgencias por presentar una erupción vesiculocostrosa y papular diseminada por tronco y extremidades, malestar y fiebre elevada.

Dos semanas antes le habían tatuado con henna el dibujo de una araña en el hombro izquierdo, apareciendo hacia los 10 días del tatuaje lesiones ampollosas pruriginosas en dicha área. Recibe tratamiento tópico con corticoide y antibiótico, con generalización progresiva y aparición de lesiones compatibles con eccema alérgico en cabeza, tronco y extremidades. Se administra corticoide oral, antihistaminico y antibiótico tópico. A los 3 días aparece fiebre elevada con postración y exacerbación de su eccema con aparición de vesículas y pápulas generalizadas, con edema indurado en manos y pies, sugestivo de Eccema herpeticum.

Ingresa con Aciclovir y Amoxicilina-clavulánico endovenosos, y antihistamínico oral. La fiebre desaparece en 24 horas y la clínica cutánea en 10 días, persistiendo lesiones acrómicas residuales en la zona del tatuaje.

Cultivos de lesiones cutáneas: *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Serología positiva a herpes zoster IgG e IgM y negativa a herpes simple, al ingreso y a los 15 días. Biopsia cutánea: compatible con dermatitis aguda.

El estudio de sensibilización mediante pruebas epicutáneas fue positivo a pPD y a cloruro de mercurio.

Comentarios: Nuestro paciente presenta una dermatitis alérgica generalizada por sensibilización primaria a un tatuaje no permanente, con sobreinfección secundaria.

Se debe desaconsejar la aplicación de pseudotatuajes cuando no está garantizada la ausencia de parafenilendiamina en su composición. Existe el riesgo de sensibilizaciones y secuelas permanentes.



SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA.

M.D. Sánchez-Redondo, M.J. Santiago, L. Sentchordi, M.J. Navarro, E. Crespo, C. Pérez.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Fundamento y objetivos: El síndrome de Ritter es una entidad que afecta predominantemente a niños menores de cinco años, y abarca un amplio espectro de procesos, desde el impétigo ampolloso localizado hasta enfermedades sistémicas. Está causado por toxinas epidermolíticas del *Staphylococcus aureus* principalmente las cepas 71 y 55. El *Staphylococcus aureus* coloniza transitoriamente la piel accesible (manos) mucosa nasal y perianal en el 90% de la población. Su presencia es casi constante en pacientes con dermatitis atópica.

Observaciones clínicas: Lactante de 16 meses que acude a urgencias por presentar febrícula y lesiones pápuloeritematosas parpebrales y peribucales de tres días de evolución, que se han ido extendiendo a regiones cervical, axilar y genital, acompañándose de formación de ampollas en las últimas 24 horas. No antecedente de ingesta de fármacos.

Antecedentes personales y familiares sin interés.

Exploración física: Buen estado general aunque presenta irritabilidad a la exploración. Intenso eritema brillante parpebral, peribucal, cervical, en pliegues y región genital, con signo de Nikolsky positivo. Lesiones impetiginizadas en triángulo nasogeniano. Lesiones ampollas (despegamiento epidérmico) en región cervical y vulvar. No hay afectación de mucosa oral. Faringe levemente hiperémica. Resto normal. Exámenes complementarios: S. Sangre: leucocitosis con neutrofilia. Proteína C Reactiva: negativa. Bioquímica sanguínea: normal. Cultivo de exudado faríngeo y nasal: *Staphylococcus aureus* sensible a Cloxacilina. Ante la sospecha de Enfermedad de Ritter se inicia antibioterapia con Cloxacilina intravenosa durante 7 días, analgesia y fluidoterapia intravenosa, cuidados de la piel con fomentos de Sulfato de Zinc y Mupirocina manteniendo máxima asepsia. A las 12 horas del ingreso se objetiva un aumento de las áreas eritematosas, apareciendo un exantema de aspecto escarlatiniforme en abdomen. Al tercer día del ingreso se produce una descamación cutánea generalizada que remite posteriormente sin cicatriz residual. En ningún momento presentó descompensación hemodinámica ni clínica compatible con sepsis. Se realizó, entre los familiares, despistaje de portadores de *Staphylococcus aureus* siendo los resultados negativos.

Comentarios: Aunque se trata de una enfermedad poco frecuente y cuya recuperación suele ser rápida, debemos recordar este proceso ante un cuadro exantemático generalizado debido a su riesgo potencial de complicaciones graves, tales como pérdida excesiva de líquidos, desequilibrio hidroelectrolítico, alteración en la regulación de la temperatura, neumonía, septicemia y celulitis puesto que en estas situaciones aumenta la morbilidad.



PITIRIASIS LIQUENOIDE AGUDA VARIOLIFORME: A PRÓPOSITO DE UN CASO.

M.J. Navarro, L. Sentchordi, M.D. Sánchez-Redondo, M.J. Santiago, E. Crespo, I. Cervigón.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: Esta dermatosis, también denominada Pitiriasis Varioliforme de Mucha-Habermann se caracteriza por presentarse como una erupción poliforma de lesiones cutáneas en diferentes estadios, que van desde pápulas eritematosas y escamosas hasta lesiones de carácter papulo-necrótico y vesiculo-pustuloso con componente hemorrágico purpúrico, rodeadas de un halo enrojecido, pudiendo llegar a formar pequeñas úlceras que dan lugar a cicatrices deprimidas o varioliformes.

Caso clínico: MC: Niño de 3.5 años que ingresa procedente de urgencias por presentar lesiones pruriginosas cutáneas de una semana de evolución, acompañado de malestar general y fiebre. En su Centro de Salud le habían diagnosticado de varicela. AP y AF sin interés. Exploración: Regular estado general, decaído. Lesiones polimorfas, papulo-vesiculosas, algunas de las cuales presentaban costra hemorrágica en su centro, de predominio en tronco y respetando palmas y plantas, mucosa oral y genital. Resto de exploración por órganos y aparatos normal. Exámenes complementarios: Hemograma: 12000 leucocitos con fórmula normal. Estudio de coagulación y bioquímica completa con transaminasas, urea, creatinina, iones, bilirrubina y LDH normal. PCR: 56.4 mg/l (control a los dos días de tratamiento normal). Biopsia de lesión cutánea: Histológicamente compatible con PLEVA. Evolución: A su ingreso, tras ser visto por el Servicio de Dermatología y ante la sospecha de Pitiriasis Liquenoide Aguda, se inicia tratamiento con corticoides sistémicos y antibioterapia via oral con macrólidos con buenos resultados. La evolución de las lesiones agudas fue favorable, no observándose nuevos brotes en sucesivas revisiones, quedando solamente máculas hipocrómicas residuales.

Comentarios:

1. La PLEVA es una dermatosis de etiología desconocida. Se ha asociado con procesos infecciosos (infecciones respiratorias de vías altas, faringitis por *Streptococo*, *Toxoplasma gondii*, VIH). Pero la hipótesis más aceptada es una reacción inmunológica o de hipersensibilidad a un agente infeccioso
2. La importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial: desde el punto de vista clínico con todas las erupciones vesiculosas polimorfas como es el caso del Síndrome de Giannotti-Crosti y varicela y desde el punto de vista histológico se debe diferenciar de las vasculitis necrotizantes.
3. La desconocida etiología de la enfermedad hace que no haya un tratamiento exacto: el más empleado son los macrólidos via oral y los corticoides sistémicos. Otra alternativa es la fotoquimioterapia y para los casos más rebeldes el Metotrexate.



SÍNDROME DE BEAN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Z. Espinel Padrón, A. Rodríguez González, I. Melián Domínguez, A. Tordocevic, P. Martín Pérez, S. Domínguez Ramírez.

Hospital Universitario materno-infantil de Canarias.

Introducción: El síndrome de Bean o Blue Rubber Bled Nevus Syndrome, es una rara enfermedad caracterizada por múltiples malformaciones venosas cutáneas, asociadas con malformaciones venosas en cualquier otro lugar del organismo, fundamentalmente en el tracto gastrointestinal. Lesiones cutáneas: a menudo presentes al nacimiento o aparecen en edades tempranas de la infancia; pueden aumentar en número y tamaño con los años; son lesiones características: ampollas múltiples, de diferentes colores y formas, protuberantes, de milímetros a centímetros de diámetro, deprimibles, aspecto y tacto gomoso. Rara vez sangran. Lesiones no cutáneas: pueden aparecer en cualquier órgano o sistema, siendo el tracto gastrointestinal el más afectado, pudiéndose localizar desde la boca hasta el ano, principalmente en intestino delgado. Las lesiones del tubo digestivo sangran a menudo, siendo la mayoría de los sangrados lentos, ocultos, provocando anemia; en ocasiones hemorragias agudas y muerte. Otras complicaciones: invaginaciones, vólvulos e infartos intestinales.

Caso Clínico: Paciente varón de 9 años acude por cuadro de 8 horas de evolución de dolor abdominal y vómitos, de contenido alimenticio, siendo los últimos en posos de café. Afebril. No deposiciones. Antecedentes personales: Cardiopatía congénita intervenida. Síndrome de Bean. Exploración física: Mal estado general, palidez mucocutánea intensa, cicatrices de cirugías previas, taquipneico, taquicárdico. Abdomen: distendido, blando, depresible, se palpa masa en región suprapúbica. Resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb: 7,2 g/dl, Hto: 23,7%, VCM: 96 fl. Leucos: 8.600 (76,6 N, 14,7L, 4,2 M). Plaquetas: 186.000. Pruebas de coagulación: fibrinógeno 98,43 mg/dl. Resto normal. Radiografía - ecografía intestinal: en pelvis, se visualiza asa de paredes engrosadas de manera circunferencial, parética, con contenido ecogénico, sugerente de invaginación ileal. Tratamiento Médico: fibrinógeno, concentrado de hematíes y antibióticos. Quirúrgico: Desinvaginación ileo-ileal y resección de angiomas en pared intestinal. Evolución: Favorable.

Conclusiones: Ante un cuadro de dolor abdominal en estos pacientes, pensar en sus posibles complicaciones. Revisiones periódicas hematológicas y gastrointestinales, podrían evitar complicaciones fatales.



SÍNDROME DEL BABUINO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Parra Cotanda, V. Tenorio Romojaro, J. Quilis Esquerra, M. Velázquez Cerdà.
Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa.

El síndrome del babuino es una forma de dermatitis de contacto sistémica que se caracteriza por la aparición de un exantema eritematoso brillante maculopapuloso bilateral y simétrico, muy pruriginoso que afecta principalmente a nalgas y cara interna de los muslos pudiéndose extender a otros pliegues como el axilar, el antecubital y el popliteo. Esta reacción cutánea es secundaria a la exposición sistémica vía hematogena o inhalatoria a un alérgeno al cual se está previamente sensibilizado, siendo el alérgeno más frecuentemente implicado el mercurio de los termómetros médicos.

Presentamos un caso de síndrome de *baboon* que afectó a dos hermanos simultáneamente. Consultan por un exantema muy pruriginoso de pocas horas de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. No refieren ingesta de fármacos, ni antecedente infeccioso en los últimos meses. En la exploración física, se objetiva exantema eritematomaculoso que afecta de forma simétrica la zona perianal y cara interna de los muslos observándose también lesiones en axilas, cuello, fosas antecubital y poplítea. El exantema es rasposo de tipo escarlatiniforme.

Realizamos determinación rápida de antígeno estreptocócico, frotis rectal y faringeo y estudios serológicos con resultado negativo. En el estudio analítico, sólo destaca leve leucocitosis.

Ante la sospecha de síndrome del babuino se interroga específicamente sobre el contacto con mercurio, refiriendo los padres la rotura de un termómetro en el domicilio el día anterior.

Se inicia tratamiento sistémico con metilprednisolona y cetirizina durante siete días observándose resolución completa del exantema en diez días. Posteriormente se realizan pruebas epicutáneas que fueron positivas al mercurio metálico.

Deberíamos interrogar sobre el posible contacto con mercurio y otras sustancias ante la aparición inexplicada de exantemas eritematomaculosos de localización flexural o intertriginosa y controlar el uso demasiado extendido de los derivados mercuriales como agentes antisépticos dado su alto poder de sensibilización.