

Lactante con taquipnea persistente y estancamiento ponderal

A. Villamañán Montero, C. Martín de Vicente, J. P. García Íñiguez, P. Caudevilla Lafuente, I. Saenz Moreno, M. L. Baranguán Castro

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 28]

INTRODUCCIÓN

La taquipnea persistente es un signo clínico que ha de alertarnos, sobre todo en el lactante, de la existencia de patología pulmonar o extrapulmonar crónica. Se presenta el caso de un lactante de 23 meses con taquipnea de larga evolución, hipoxemia y estancamiento ponderal, desde los 3 meses de vida, a raíz de bronquiolitis aguda por Rinovirus.

CASO CLÍNICO

Lactante de 23 meses de edad, que presenta taquipnea persistente y estancamiento ponderoestatural desde los 3 meses de vida, tras cuadro de bronquiolitis aguda secundaria a Rinovirus. Asocia episodios de obstrucción bronquial de forma mensual y auscultación patológica en todo momento. A la exploración presenta tiraje subcostal e intercostal, taquipnea e hipoxemia, con subcrepitantes generalizados en la auscultación. Se realizan broncoscopia con lavado broncoalveolar, test del sudor, estudio de poblaciones linfocitarias y cardiológico con resultado normal. En la TC pulmonar de Alta Resolución, se observan zonas de atrapamiento aéreo y de vidrio deslustrado en

forma de «patrón en mosaico» e inversión del cociente ventilatorio normal, sugestivo de bronquiolitis obliterante. Se pauta tratamiento broncodilatador nebulizado, corticoides orales, azitromicina oral y oxigenoterapia domiciliaria, presentando franca mejoría a nivel respiratorio y nutricional, con importante incremento ponderal y de la actividad física diaria.

COMENTARIOS

La bronquiolitis obliterante es una enfermedad respiratoria obstructiva crónica de la vía aérea fina, caracterizada por la oclusión total o parcial de la luz de los bronquiolos respiratorios y terminales por tejido inflamatorio y fibrosis. En niños, la causa más frecuente es la postinfecciosa, secundaria en la mayoría de casos a Adenovirus o Virus Respiratorio Sincitial. El diagnóstico es eminentemente clínico, apoyado en pruebas de imagen. Los hallazgos radiológicos más sugestivos, aunque no exclusivos de esta entidad son el patrón en mosaico y la inversión del cociente ventilatorio en la TAC pulmonar. El tratamiento se basa en oxigenoterapia en los casos con hipoxemia, corticoides sistémicos y azitromicina oral.

Dermatitis granulomatosa perioral de la infancia

M. García Ventura, T. Cenarro Guerrero, C. Hernández Tejedor, C. Larrosa Espinosa, M. Arrudi Moreno

Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 29]

INTRODUCCIÓN

No todas las dermatitis periorales en la infancia están en relación con la sensibilidad al frío y la dermatitis atópica. Se presenta el caso de un paciente de origen sudamericano y piel oscura con una dermatitis peribucal de evolución tórpida hasta que se estableció el diagnóstico y tratamientos correctos de dermatitis perioral granulomatosa infantil.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 8 años, que había acudido a una oficina de farmacia por lesiones peribucales, para las que se le aconsejó tratamiento con corticoide tópico. Por empeoramiento de las lesiones acude a nuestras consultas de pediatría. Se trata de un paciente de piel oscura en el que se detecta erupción perioral monomorfa diagnosticándose de dermatitis perioral granulomatosa infantil. Se pauta tratamiento y se obtiene una buena respuesta tras un mes de tratamiento. Este consistió en la

retirada del corticoide tópico previamente pautado y en la administración de antibióticos orales (eritromicina) y tratamiento tópico con metronidazol en gel (presentación al 0,75%).

COMENTARIOS

La dermatitis granulomatosa perioral infantil es una entidad clínica poco conocida que afecta predominantemente a la raza afroamericana. Se caracteriza por la presencia de granulomas tuberculoides sin necrosis y de evolución variable. Afecta de forma preferente a mujeres de entre 25 y 35 años y más excepcionalmente a niños. La etiología no es bien conocida y se relaciona entre otros con diversos factores similares a los implicados en el acné juvenil y la rosácea. Los niños desarrollan típicamente numerosas y pequeñas pápulas inflamatorias en región perioral, perinasal o periocular. La resolución sucede en pocas semanas de tratamiento antibiótico tanto oral como tópico.

Hernia lumbar congénita asociada a síndrome lumbocostovertebral

A. Siles Hinojosa, Y. González Ruiz, N. Álvarez García, C. Domínguez García, M. Ruiz de Temiño, P. Burgues Prades

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 30]

INTRODUCCIÓN

La hernia lumbar congénita es una patología excepcional, habitualmente unilateral y más frecuente en varones. En su interior se ha descrito intestino delgado, colon, apéndice, bazo, riñón e hígado. Se ha descrito su asociación con múltiples malformaciones: costales, vertebrales, ausencia tibial, ausencia de vesícula biliar, renales, genitales y anorrectales. Siendo las más frecuentes vertebrales y costales. Esta asociación se denomina síndrome lumbocostovertebral.

CASO CLÍNICO

Niña recién nacida, CIR de 37+3 semanas edad gestacional, con arteria umbilical única, sin otros antecedentes personales de interés. La paciente presenta al nacimiento una hernia lumbar izquierda en triángulo de Petit, reducible, con defecto hemiarrio de 5 cm.

En ecografía abdominal a nivel de pared abdominal posterolateral izquierda se objetiva solución de continui-

dad por la que se hernia colon descendente, sin otros hallazgos.

En búsqueda de anomalías asociadas se detecta fusión de cuerpos vertebrales D11 y D12 e hipoplasia costal de D12. Dados los hallazgos la paciente cumple criterios diagnósticos de síndrome lumbocostovertebral.

Se procedió a intervención quirúrgica a los 4 meses de vida hallando un defecto de 5x2 cm a nivel de triángulo de Petit, realizándose cierre del mismo. Durante el seguimiento no se han observado recurrencias.

COMENTARIOS

El síndrome lumbocostovertebral se debe sospechar ante el hallazgo de hernia lumbar congénita en edad pediátrica y es aconsejable descartar malformaciones congénitas asociadas al mismo. El tratamiento es quirúrgico mediante hemiorrafia o colocación de material protésico en niños más mayores. Durante el seguimiento se debe controlar la aparición de recurrencia y escoliosis.