

Onicomycosis por agente fúngico emergente en niño de 18 meses

I. García-Osés⁽¹⁾, L. Gil⁽¹⁾, L. Escosa⁽²⁾, A.K. Córdoba⁽¹⁾, N. García Sánchez⁽³⁾, J. Gil⁽⁴⁾

⁽¹⁾Hospital Infantil Universitario «Miguel Servet», Zaragoza. ⁽²⁾Hospital Infantil Universitario «La Paz», Madrid. ⁽³⁾Centro de Salud Universitario «Delicias Sur», Zaragoza. ⁽⁴⁾Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2012; 42: 29]

INTRODUCCIÓN

Entre las alteraciones ungueales en la edad pediátrica, la onicomycosis es una de las más frecuentes. Afecta preferentemente a varones adolescentes y en edad escolar; siendo una rareza en niños de edad inferior a 2 años. En la actualidad se ha descrito un incremento de casos de onicomycosis.

CASO CLÍNICO

Varón de 18 meses de edad. Antecedentes personales: dermatitis seborreica al mes y medio de vida. En la visita de 18 meses los padres indican entre sus preocupaciones la existencia de una alteración en las uñas del primer dedo de ambos pies. El examen físico de las uñas afectadas muestra una alteración del color; discreta hiperqueratosis y onicolisis. Se realiza estudio microbiológico detectándose en el cultivo la presencia de *Cándida parapsilosis*. Se indicó tratamiento tópico con ciclopiroxolamina al 8%. Para estudiar factores predisponentes se realizó hemograma, bioquímica, estudio de inmunidad celular y cribado de VIH, siendo todos los resultados normales.

COMENTARIOS

La onicomycosis representa el 50% de las alteraciones ungueales, con una prevalencia del 0,18-2,6% en la edad pediátrica y un ratio varón-mujer 2,2. Es un proceso que afecta en general a sujetos de más edad. En la actualidad se ha documentado un aumento en todas las edades, también en edad pediátrica, describiéndose cada vez con más frecuencia en niños más pequeños, incluidos neonatos. A veces es difícil distinguir de otros procesos como la psoriasis ungueal, a la que a su vez puede asociarse. Los dermatofitos son en general los agentes causantes más implicados, seguido de cándidas. *C. parapsilosis* se ha identificado como un patógeno emergente, su frecuencia como agente causante de onicomycosis es variable según las series estudiadas, se asocia a inmersión prolongada de dedos en agua. A diferencia de *C. albicans*, afecta a zonas distales de la uña. En un niño de 18 meses se trata de un proceso inusual.

Hiperecplexia: comunicación de un nuevo caso

M. Díez, C. Orden, B. Curto, V. Rebage A. Romo, Z. Galve

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2012; 42: 29]

INTRODUCCIÓN

La hiperecplexia o enfermedad del sobresalto, es una afección infrecuente, de carácter familiar; que se hereda de forma autonómico-dominante aunque existen formas esporádicas, que se caracteriza por una respuesta exagerada a los estímulos a manera de sobresaltos e hipertonía neonatal, existiendo un alto riesgo de sufrir muerte súbita en período perinatal debido a fallo cardiopulmonar y espasmo laríngeo. Pueden estar implicados diferentes genes que codifican proteínas involucradas en el funcionamiento de las vías de neurotransmisión glicinérgica inhibitorias.

CASO CLÍNICO

Neonato varón, nacido tras embarazo normal y parto por cesárea, Apgar 9-10, peso 3.600 g. Padres consanguíneos y un tío paterno con antecedentes de episodios de rigidez y caída al suelo ante estímulos imprevistos. A partir de las 12 horas de vida presentaba hipertonía generalizada con cianosis, hiperexcitabilidad e

hiperreflexia tendinosa desencadenados por estímulos somatosensoriales, con respuestas características de sobresalto al percudir la pirámide nasal. Las analíticas, ecografías transfontanelares, TAC craneal, RM, EEG críticos e intercríticos fueron normales, y el EMG de superficie confirmó el diagnóstico al mostrar una actividad muscular continua que cedió con la administración de clonazepam. El estudio genético de la mutación clásica del gen más frecuente (GLRA 1) resultó negativo aunque está pendiente de completarse.

COMENTARIOS

Es el primer caso habido en nuestro Servicio y es importante su conocimiento para no confundirlo con otras afecciones que pueden presentar manifestaciones clínicas similares pero con expresiones en el EEG como las epilepsias. Su diagnóstico se basa en la clínica, historia familiar, actividad del EMG y respuesta al CNZ, siendo útiles las pruebas de percusión para el diagnóstico, ya que provoca respuestas clínicas características.

Palidez y debilidad en paciente con drepanocitosis

A. Miralles⁽¹⁾, G. González⁽¹⁾, J. Gil⁽²⁾, N. García⁽³⁾, M. Gracia⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Pediatría y Sección de Infecciosos, Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza. ⁽²⁾Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza. ⁽³⁾Centro de Salud Universitario «Delicias Sur», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2012; 42: 30]

INTRODUCCIÓN

La drepanocitosis es una enfermedad crónica, actualmente frecuente en nuestro medio, debido al incremento de la población inmigrante. Se trata de una hemoglobinopatía con complicaciones graves. En esta presentación se comenta un caso de patología aguda en un paciente con drepanocitosis.

OBJETIVOS

El objetivo de la presentación es aprender a realizar el diagnóstico diferencial de la anemia intensa en el contexto de drepanocitosis, mediante la presentación de un caso clínico. Estos pacientes acuden en situación de gravedad clínica y debemos saber actuar.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un paciente de 3 años de raza negra, diagnosticado previamente de anemia falciforme, que acude por fiebre, debili-

dad y palidez. Se describe en esta sesión la situación en la que llegó, la evolución durante su ingreso, el diagnóstico diferencial y el diagnóstico final.

RESULTADOS

Del diagnóstico diferencial de anemia intensa en pacientes con drepanocitosis se obtienen principalmente 3 opciones (secuestro esplénico, crisis hemolítica y crisis aplásica). En este caso el paciente sufrió una crisis aplásica causada por el Parvovirus B19.

–La drepanocitosis es una hemoglobinopatía, enfermedad autosómica recesiva.

–La anemia severa en contexto de drepanocitosis principalmente es debida a: secuestro esplénico, crisis hemolítica o crisis aplásica.

–El principal agente causante de crisis aplásica en la drepanocitosis es el Parvovirus B19.

Valvulopatía mitral y aórtica secundaria a probable fiebre reumática

S. Viscor, M. Sánchez, M. Odriozola, A. Aldana, G. Gómez, D. García de la Calzada.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2012; 42: 30]

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso de valvulopatía mitral y aórtica de aparición aguda, en el contexto de una probable enfermedad reumática. La fiebre reumática es una complicación no supurativa que sucede a una faringoamigdalitis producida por *Streptococo* del grupo A. Es la principal causa de muerte cardíaca en las primeras cinco décadas de la vida en los países en desarrollo, siendo por el contrario su incidencia muy baja en los países desarrollados.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de cuatro años de origen marroquí, que presenta artralgias, astenia, hiporexia y dolor abdominal de 3 semanas de evolución. En relación con el inicio de los síntomas se ausculta un soplo cardíaco sistólico y diastólico III/VI de reciente aparición. El paciente presenta el antecedente de varios procesos de faringoamigdalitis en los últimos meses, todos ellos tratados con penicilina. Se realiza ecocardiografía que muestra engrosamiento de los velos de las válvulas mitrales y aórtica con insuficiencia moderada-severa de ambas válvulas y dilataciones secundarias, de la aurícula y el ventrículo izquierdos. En el electrocardiograma se observa un alargamiento del intervalo PR y un BIRD. El paciente

presenta un título de ASTO elevado, así como un frotis faríngeo positivo para *Streptococo pyogenes*. Se objetiva, así mismo, elevación de los reactantes de fase aguda (PCR y VSG). Dado que la clínica y las pruebas complementarias del paciente son compatibles con fiebre reumática, pues cumple 1 criterio mayor y tres menores de los criterios de Jones, se inició tratamiento con penicilina que se mantiene en el momento actual, así como tratamiento para la insuficiencia cardíaca y antiinflamatorio. El paciente presentó una evolución favorable con mejoría o resolución de todos los síntomas excepto de la clínica cardíaca, presentando en la actualidad ligera mejoría de la insuficiencia aórtica, permaneciendo el mismo grado de afectación en la válvula mitral.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer las características de la fiebre reumática por ser complicación importante de una patología tan frecuente como la faringoamigdalitis. A pesar de la baja incidencia de fiebre reumática en los países desarrollados, puede darse en nuestro medio en población con problemas de malnutrición o hacinamiento, o en pacientes que hayan llegado recientemente de un país en desarrollo, en los que la frecuencia de esta patología es mucho mayor.

Meningitis bacteriana recurrente, un desafío diagnóstico

S. Martínez⁽¹⁾, J. González⁽¹⁾, I. Gil⁽¹⁾, I. Galé⁽¹⁾, M. Bouthelie⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Pediatría y Sección de Infecciosos del Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2012; 42: 31]

INTRODUCCIÓN

La meningitis bacteriana recurrente es una entidad rara cuyo diagnóstico constituye un gran desafío. Se describe en pacientes con anomalías anatómicas que permiten la comunicación del espacio subaracnoideo con cavidades paranasales, oído medio, parafaringe o piel y también en pacientes portadores de focos infecciosos parameningeos y en aquellos con trastornos inmunológicos. El germen aislado puede ayudar en la orientación diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Lactante con antecedente de ingreso a los 9 días de vida en Neonatología por meningitis y sepsis neonatal por *Streptococcus bovis* tipo I y un segundo ingreso a los 5 meses por fiebre sin foco que reingresa en nuestro hospital a los 7 meses de vida por fiebre sin foco e irritabilidad con empeoramiento progresivo del estado general. En la exploración física se evidencia pene combo e hipospadias y estrabismo convergente del ojo izquierdo ya conocido sin otras alteraciones. Se realiza punción lumbar y se inicia antibioterapia empírica aislándose en el cultivo de LCR *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*. Tras permanecer durante 8 días afebril realiza nuevo pico febril, por lo que se realiza punción lumbar aislándose en el cultivo *Citrobacter freundii* y se cambia la antibioterapia según el antibiograma. A los 5 días realiza otro pico febril, aislándose esta vez en el LCR *Enterococcus faecium*. El estudio de inmunidad (Inmunoglobulinas, poblaciones linfocitaria, complemento y serología de VIH) fue normal. Se realiza ecografía de partes blandas (trayecto de columna), que resulta normal, y ecografía

abdominal, en la que se objetiva una mínima ectasia piélica bilateral. En la RNM con contraste de columna y cráneo se evidencia una agenesia parcial del segmento derecho del sacro desde S3, un meningocele presacro por debajo de S2, sin contenido de raíces nerviosas y contiguo al recto, y tras la infusión de gadolinio se objetiva una fístula de LCR con el recto. Es valorado por servicio de cirugía pediátrica, que diagnostica estenosis anal, y por el servicio de neurocirugía, que realiza resección del meningocele y cierre de fístula recto dural. Como complicaciones del posoperatorio apareció una fístula recto-anal que precisó reconstrucción del recto con anoplastia y colostomía y una hidrocefalia tetraventricular comunicante con una colección relacionada con piel sacra posterior y comunicada con cara posterior de recto, que precisaron colocación de una derivación externa con posterior internalización peritoneal de extremo distal. En la actualidad, con 12 meses de vida, el desarrollo psicomotor del niño es normal.

COMENTARIOS

Ante un caso de meningitis bacteriana recurrente es importante pensar en dos condiciones predisponentes principales: defectos anatómicos (congénitos o adquiridos) e inmunodeficiencias (primarias o adquiridas). Nos encontramos ante un caso de triada/síndrome de Currarino, anomalía compleja y rara en niños, que incluye malformación anorrectal, defecto óseo del sacro y masa presacra. Es una afección autosómica dominante ligada a la región 7q36 implicada en el desarrollo del neuroeje caudal. En dicho síndrome la radiología es muy importante para el diagnóstico, siendo las alteraciones por imagen muy características.