

## DERMATITIS POR PISCINAS

Dr. Antonio Martínez Oviedo<sup>1</sup> / Dr. Emilio Carlos López Soler<sup>1</sup> / Dra. Carolina Castaño Vicente-Gella<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de 2 hermanos, de 10 y 6 años, sin patologías previas relevantes, que presentan ambos una erupción papulopustulosa. Ésta se distribuye predominantemente en tronco y extremidades, con diferente grado de afectación, y un decalaje en la aparición de 24-48 horas entre ambos. Dicha erupción es prácticamente asintomática, asociando el mayor otalgia izquierda compatible con otitis externa leve. Como antecedente relevante cabe mencionar el baño prolongado en una piscina familiar de vinilo de pequeño tamaño en los 2-3 días previos.

### COMENTARIO

Las lesiones se corresponden con una foliculitis extensa que predomina en aéreas del bañador

y tronco, respetando las zonas palmoplantares y la cara. Los cultivos de las lesiones fueron negativos. Por las características clínicas y epidemiológicas, el diagnóstico de sospecha principal fue de foliculitis por las piscinas cuyo agente más frecuente es la *Pseudomonas aeruginosa*, patógeno frecuente también en las otitis externas de los nadadores.

Este tipo de patología es frecuente en verano y en usuarios de piscinas, Spas y balnearios, en los que la temperatura del agua es elevada. Otros factores implicados son: el elevado número de bañistas, la agitación del agua (favorece la evaporación del cloro), el cuidado inadecuado de la piscina o de los objetos de baño (esponjas, bañadores, etc), el baño prolongado a últimas horas del día y agua caliente (mayor evaporación del cloro) y la presencia de serotipos de pseudomonas resistentes al cloro. La temperatura elevada del agua y la depilación



Fig. 1 Lesiones papulopustulosas con diferente grado de afectación en ambos hermanos. (a) 10 años, (b) 6 años.



Fig. 2. Detalle lesiones papulopustulosas que afectan a los folículos.

previa, favorecen la apertura del folículo y la colonización por este germen

Generalmente las lesiones aparecen entre 8 horas y 5 días después de la exposición, siendo el tiempo medio de 48 horas. Iniciándose muchas veces en la zona del bañador. El cuadro suele ser autolimitado, resolviéndose en unos 7-14 días, no dejando cicatriz ni precisando tratamiento alguno en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes. En los casos con mayor extensión puede utilizarse una solución de clorhexidina tópica al 0.5-1% como en nuestro caso, que aceleró la curación de las lesiones.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otro tipo de foliculitis estafilocócicas, picaduras de insecto, escabiosis, miliaria, sarcoidosis papulosa, eccema y varicela principalmente.

La diferente afectación entre los hermanos (con similar tiempo de baño) pensamos que puede ser debida a que el mayor fue tratado en el mes anterior con antibioterapia parenteral de amplio espectro debido a un cuadro respiratorio, lo cual pudo alterar su flora bacteriana saprofita, favoreciendo una mayor extensión de la foliculitis.

La prevención de la foliculitis de las piscinas se basa en: 1) El tratamiento cuidadoso de las condiciones del agua de estas instalaciones; en general se recomienda que las aguas de uso público mantengan un nivel mínimo de cloro libre entre 1,0 y 1,5 ppm, un pH entre 7,2 y 7,8 y



Fig. 3. Evolución de las lesiones 72 horas después tras aplicación de clorhexidina al 1%.

una temperatura no superior a 28°-29° C.; 2) Ducha completa sin bañador con agua y jabón tras el baño; 3) Lavado del bañador después de salir del agua.

Las foliculitis de las piscinas por pseudomonas se suelen presentar con varios casos agrupados y en ocasiones pueden ocasionar un problema de salud pública importante. El diagnóstico definitivo lo obtendremos con el cultivo de las lesiones.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ara Martín M, Zaballos P, Simal E, Zubiri ML. Foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa*. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94:107-9.
2. C. García-Donoso, A. Romero-Maté, C. Martínez-Morán y J.M. Borbujo. Foliculitis recurrente por pseudomonas. *An Pediatr* 2011;74:208-9
3. L. Zichichi, G. Asta, G. Noto. *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis after shower/bath. *Int J Dermatol*. 2000;39:270-3.
4. Methods for preventing pseudomonas folliculitis. *Cutis* 1982;29:378-81.

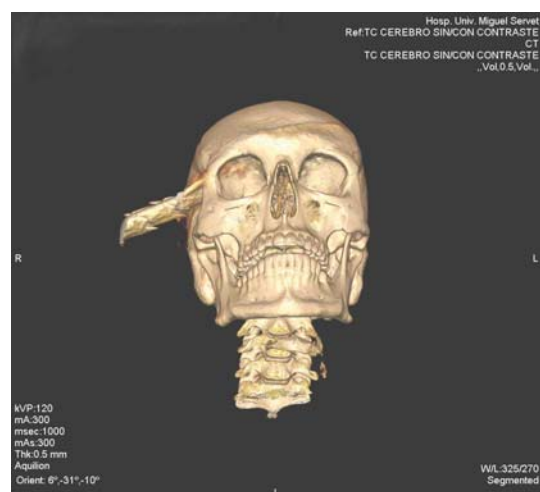
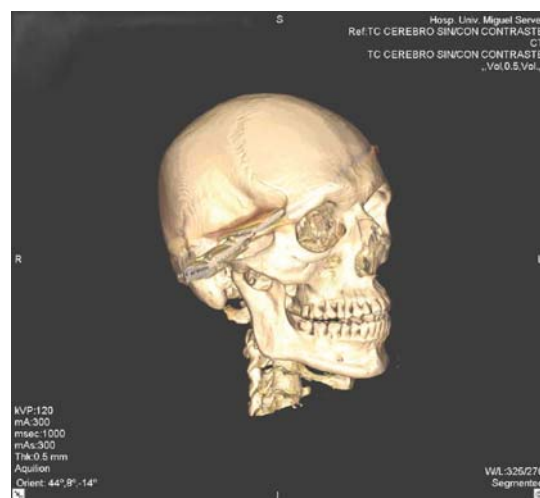
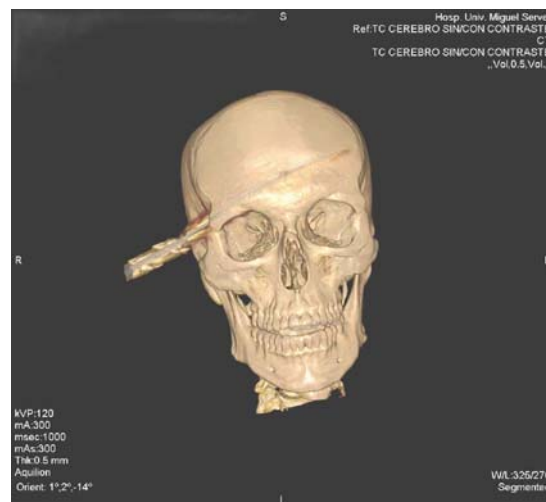
## AUTOLESIÓN POR ARMA BLANCA

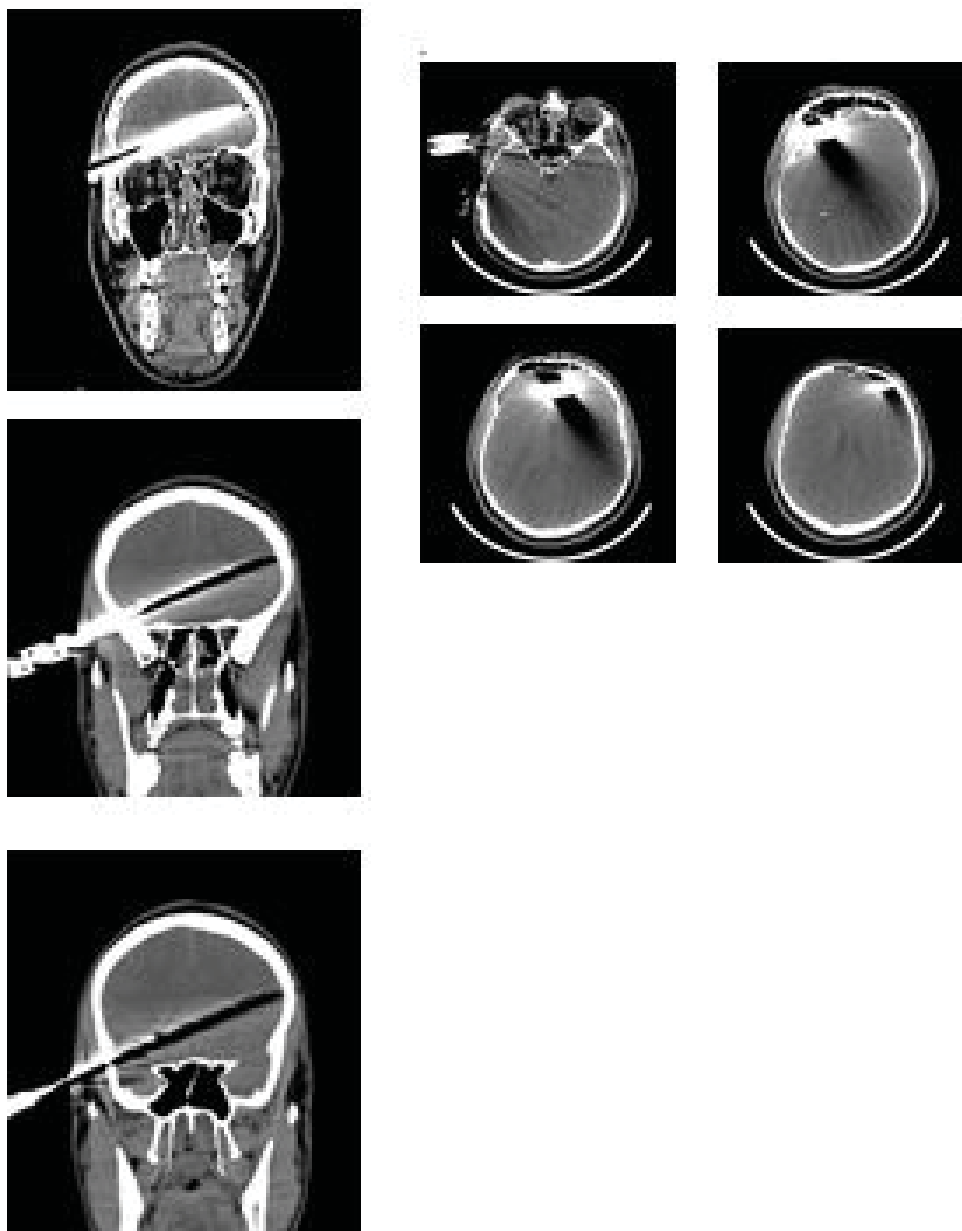
Dr. Daniel Lahoz Rodríguez / Dr. Pedro L. Sorribas Rubio / Dr. Joaquin Velilla Moliner

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Server. Zaragoza

Varón de 36 años, traído a Urgencias por 061, tras lesiones con arma blanca por motivos auto-líticos. Presenta herida incisiva profunda cervical anterior, y objeto punzante introducido en zona temporal derecha, correctamente fijado, paciente consciente, GCS 15, con respiración espontánea, y estabilidad hemodinámica, siendo valorado por ORL y UCI se decide intervención quirúrgica urgente, realizando reconstrucción faringo-laríngea y traqueotomía. Posteriormente se realiza TAC cerebral sin contraste y reconstrucción MPR (imágenes), donde se aprecia cuerpo extraño metálico con entrada en región frontobasal derecha, trayecto oblicuo y su extremo distal en región frontal izquierda, se observa hematoma subdural en la línea media con un grosor de hasta 3 mm y focos de hemorragia subaracnoidea en lóbulo frontal izquierdo. Es intervenido por Neurocirugía, realizando craneotomía temporal derecha y extracción de arma blanca, sin evidenciar sangrado. Se coloca sensor de PIC, e ingresa en UCI.

Buena evolución durante el ingreso, con mejoría del sangrado en TAC de control. Es dado de alta a los 45 días aproximadamente, consciente, orientado, sin déficits motores ni sensitivos, colaborador, con discurso coherente, sin alteraciones en la sensopercepción ni trastorno del pensamiento, actualmente en tratamiento y seguimiento por Psiquiatría.





### BIBLIOGRAFÍA

1. Benzel EC, Day WT, Kesterson L, Willis BK, Kessler CW, Modling D, et al. Civilian craniocerebral gunshot wounds. *Neurosurgery*. 1991;29:67-72.
2. Koestler J, Keshavarz R. Penetrating head injury in children: a case report and review of the literature. *J Emerg Med*. 2001;21:145-50.
3. Zazpe A, Vázquez C, Beaumont A, Bardón J, Azcona A, Gallo-Ruiz y Portillo. Heridas múltiples penetrantes intracraneales causadas por pistola de clavos: caso clinic. *Rev Neurocirugía Murcia*. 2006;17(6):120-3.

## HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR ASOCIADA A ANOMALIAS FACIALES

Dra. Marta Garcés Valenzuela / Dra. Teresa Bernal Arahál / Dra. Marta Colecha Morales

FEA del servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### INTRODUCCIÓN

La holoprosencefalia es una entidad que engloba un amplio espectro de anomalías del desarrollo intracraneal y de la región media de la cara que derivan de un fallo en la diverticulización del prosencéfalo embrionario. La incidencia varía entre 1/15.000 a 20.000 nacidos vivos, aunque en etapas iniciales de la gestación es mucho mayor (1/243, 0,4%), lo que sugiere una alta tasa de letalidad intrauterina.

La mayor parte de los casos son esporádicos y de causa desconocida. En ocasiones se asocian a trisomías 7, 13 y 18; síndrome de Meckel-Gruber y triploidías. Otras causas que han sido relacionadas son: infecciones virales intrauterinas, diabetes, ingestión de alcaloides, aspirina. Algunos pueden tener una presentación autosómica dominante o recesiva.

Nuestra paciente se trata de una secundigesta de 35 años, con gestación y parto anterior normal. Niega antecedentes personales y familiares de interés. Gestación actual controlada en consulta ambulatoria y de evolución normal. Durante la realización de la ecografía morfológica a las 20 semanas y 2 días se evidencia una ausencia de la cisura interhemisférica y ventrículo único, tálamos fusionados en la línea media (fig. 1) y alteraciones faciales: ausencia de nariz y exoftalmus (fig. 2). El resto de la exploración morfológica resultó normal. Ante los hallazgos descritos se establece el diagnóstico de Holoprosencefalia alobar. Se realiza amniocentesis diagnóstica, objetivándose un cariotipo normal (46XX). Finalmente se realizó una interrupción legal del embarazo a las 21 semanas y 3 días por malformación fetal grave que cursó sin incidencias.

### DISCUSIÓN

La holoprosencefalia se clasifica en 3 tipos: Alobar, que es la forma más grave, (éste es el tipo que se ha encontrado y expuesto anteriormente



Fig. 1. Plano axial cabeza fetal. Corte transcerebeloso Ausencia de cisura interhemisférica.

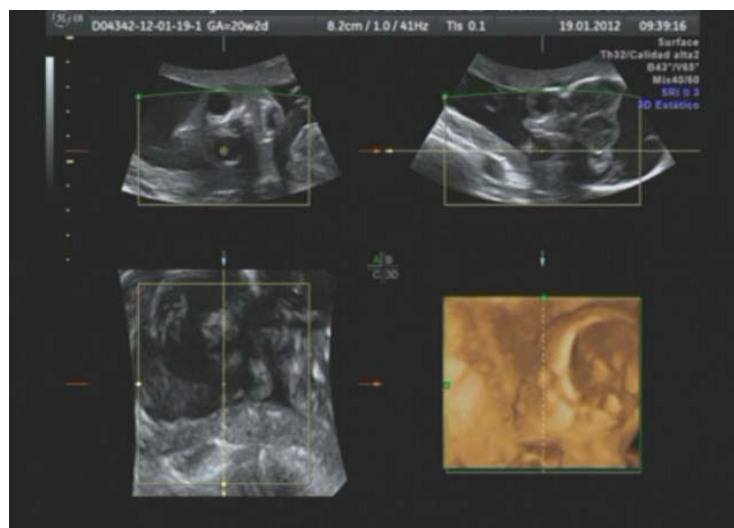


Fig. 2 Ecografía obstétrica 3D que evidencia ausencia de nariz y exoftalmus

en este caso clínico); la semilobar, que es la forma intermedia, cavidad ventricular única aunque en la zona posterior ambos hemisferios se encuentran parcialmente separados y la lobar, que es la forma menos grave en la que hay signos considerables de separación del cerebro. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con la hidrocefalia, la hidranencefalia y otras anomalías

El pronóstico de la holoprosencefalia es nefasto, de ahí la importancia del diagnóstico prenatal, donde el papel de la ecografía es fundamental. Es necesario recalcar también la importancia del diagnóstico prenatal precoz, para así tomar rápidamente la decisión del curso del embarazo, ya que en ocasiones puede estar asociado a hidrocefalia grave, aumentando el riesgo de distocia en el parto vaginal.

### BIBLIOGRAFIA

1. Barona P. Holoprosencefalia secundaria a trisomía 13: reporte de una caso. Act Pediatr Esp. 1990; 48:429-31.
2. Verlinsky Y, Rechitsky S, Verlinsky O, Oxen S, Sharapova T, Mashciangelo Ch, et al. Preimplantation diagnosis for sonic hedgehog mutation causing familial holoprosencephaly. N Eng J Med 2003; 348:1449- 54
3. E Gratacós, R Gómez, K Nicolaides, R Romero, L Cabero editores. Medicina Fetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA, 2007
4. Nyberg DA, McGahan JP, Pretorius D, Pulu G editores. Diagnostic Imaging of Fetal Anomalies. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

## DISPLASIA RENAL MULTIQUÍSTICA FETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Marta Colechá Morales / Dra. Teresa Bernal Arahál / Dra. Marta Garcés Valenzuela

FEA del Servicio de Ginecología del Hospital Obispo Polanco. Teruel

### CASO CLÍNICO

Se trata de una primigesta de 30 años, sin antecedentes personales de interés. Niega hábitos tóxicos, su grupo sanguíneo es A negativo y presenta serologías negativas.

Se realiza ecografía del 1º trimestre a las 12+4 semanas de gestación, siendo la exploración normal con una translucencia nucal de 1.91 mm y obteniéndose riesgo bajo en el cribado combinado de cromosopatías.

En la ecografía morfológica, se evidencia sexo fetal masculino con biometrías acordes a edad gestacional. Se visualizan unas estructuras pélvicas redondeadas econegativas, con doppler color negativo, en zona lateral izquierda sin poderse definir su origen, con riñón derecho normal y riñón izquierdo que impresiona de dilatación pielocalicial moderada. No se aprecian otras malformaciones mayores. Se realiza diagnóstico diferencial con patologías que puedan cursar con dichas imágenes quísticas, evidenciándose normalidad del sistema gastrointestinal e integridad ureteral y vesical.

Ante tal hallazgo se remite para revaloración al hospital de referencia, donde se confirma la existencia de una masa poliquística de 30x35x32mm que sugiere displasia renal izquierda tipo Potter II. Se ofrece a la paciente amniocentesis para cariotipo y arrays, a pesar de tratarse de un hallazgo único. La gestante rechaza y se realizan controles ecográficos mensuales para su control evolutivo. Durante la gestación, la masa sufre un crecimiento lento y progresivo hasta alcanzar un tamaño de 74x56x42mm, manteniéndose un índice de líquido amniótico siempre dentro de valores de normalidad y con riñón derecho de aspecto normal.

A las 38 semanas nace un niño vivo de 3300g, Apgar 9-10, mediante cesárea urgente por desproporción pelvi-fetal. Se realiza un control ecográfico postnatal a las 72h del nacimiento, confirmando la presencia de riñón izquierdo multiquístico.

### DISCUSIÓN

La displasia renal multiquística se caracteriza por la presencia de un riñón aumentado de tama-

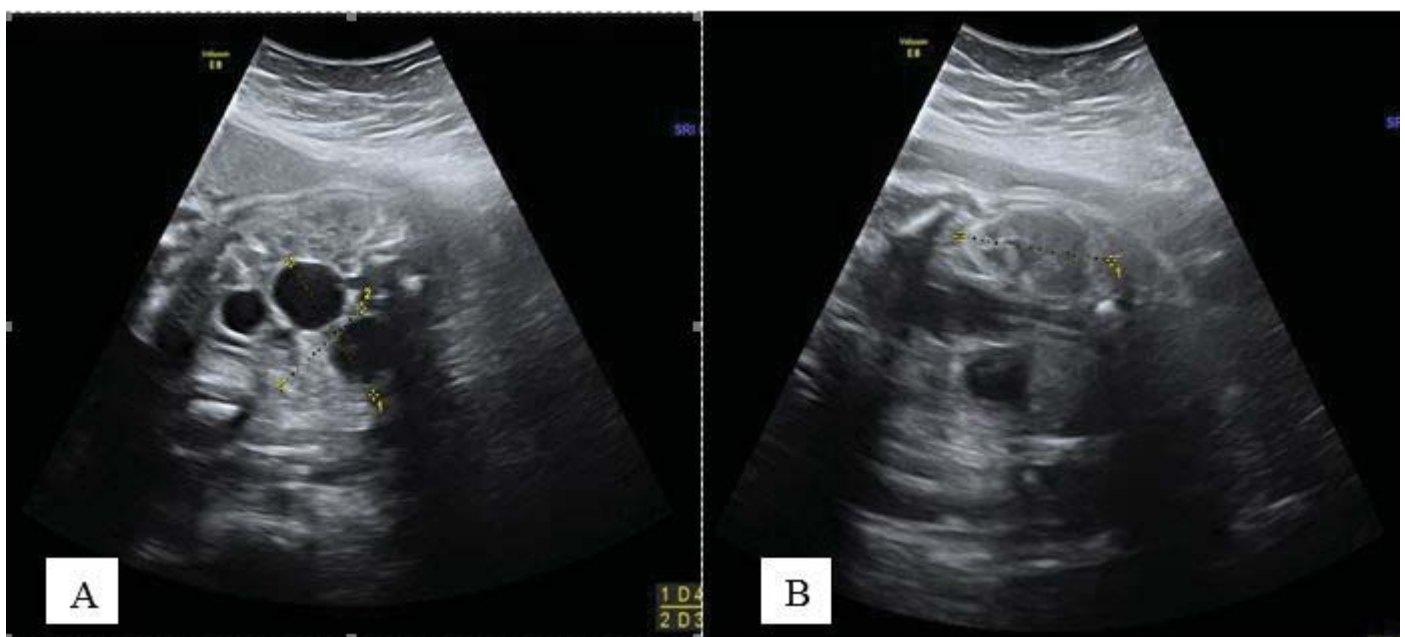


Fig. 1. Ecografía prenatal a las 28 semanas de edad gestacional. A: Riñón izquierdo multiquístico. B: Riñón derecho normal.

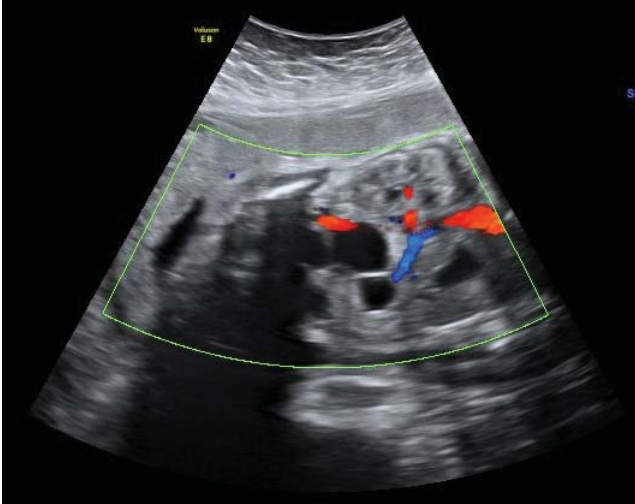


Fig. 2. Corte coronal fetal donde se visualizan ambos riñones y sus respectivas arterias renales.

ño, normalmente no funcionando, cuyo parénquima se ve reemplazado por numerosos quistes de tamaños variables y paredes finas, y no comunicantes con la pelvis renal<sup>1</sup>.

La forma unilateral ocurre en 1:4000 nacimientos y más frecuentemente en varones. Se puede ver complicada por la aparición de otras anomalías del riñón contralateral, tales como reflujo vesico-ureteral. Otras anomalías no renales, más frecuentemente cardíacas, pueden asociarse en un 25% de los casos. El riñón contralateral sano suele sufrir una hipertrofia compensatoria<sup>1,2</sup>.

La forma bilateral resulta en la secuencia Potter<sup>3</sup> y tiene una prevalencia de 1:12000 nacimientos. Cursa con severo oligoamnios precoz ocasionando una hipoplasia pulmonar fetal y finalizando con fallo renal.

Durante el embarazo, se tiene que llevar a cabo un periódico control ecográfico para determinar la evolución de la enfermedad. Es importante descartar la asociación con otras malformaciones que pudieran sugerir un origen genético o cromosómico<sup>1</sup>. En cualquier caso, ante este hallazgo, siempre se deberá recomendar a la gestante la realización de amniocentesis para obtener material biológico para cariotipo y arrays.

Tras el nacimiento, una ecografía abdominal está protocolizada para confirmar la sospecha diagnóstica y evaluar el riñón contralateral. Hoy en día, no se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico de esta patología mediante nefrectomía tras el diagnóstico, ya que el riesgo de transformación a tumor de Wilms o de hipertensión temprana es baja, y la probabilidad de regresión del tejido renal muy elevada<sup>1,2</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. April T. Bleich, Jordi S. Dashe. Multicystic Displastic Kidney. En: Copel, D'Alton, Gratacós, Platt, Tutschek, Feltyvich, et al, editores. *Obstetric Imaging*. 1ª Edición. Elsevier Saunders 2012. p 63-67.
2. A. Iceta Lizarraga, D. Barajas de Frutos. Enfermedades quísticas renales. En *Protoc diagn pediatri*. 2014;1:191-206.
3. J.M. Troyano, L.T. Mercé, A.I. Padilla, M. Álvarez de la Rosa. Malformaciones Renales. En: J.M. Bajo Arenas, J. Díaz Recasens. *Nociones para el Diagnóstico Prenatal de Malformaciones Embrionarias y Fetales*. 1ª Edición. SEGO 2011. p 153-186.

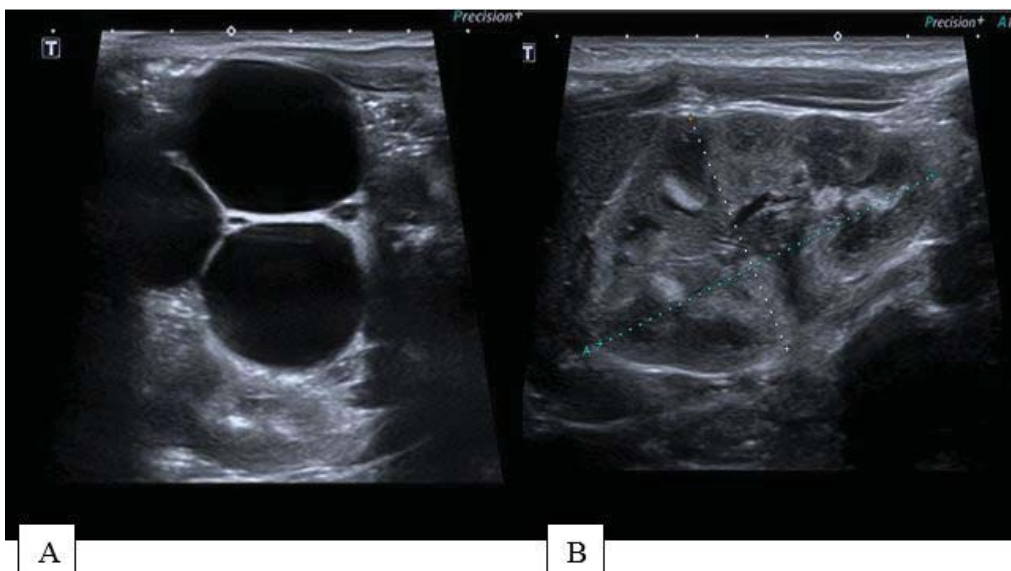


Fig. 3. Ecografía postnatal. A: Riñón izquierdo multiquistoso. B: Riñón derecho normal.



## LO QUE PUEDE HACER UN PALILLO DENTAL

Dra. María Llorens Eizaguerri

Facultativa Especialista de Área. Hospital de San Jorge. Huesca

La tenosinovitis piógena de los flexores es una infección de espacio cerrado en la vaina de los tendones de los músculos flexores de los dedos. El tratamiento precoz es muy importante para limitar la morbilidad asociada a este proceso.

Suele ocurrir por un traumatismo penetrante sobre la cara volar que inocula la vaina tendinosa. La herida producida por un palillo dental previamente usado puede ocasionar la misma patología que una mordedura humana.

Los microorganismos más frecuentemente relacionados con este tipo de heridas son: *Streptococcus* (sobre todo *anginosus*) y *Eikenella corrodens* (*E. corrodens*)<sup>1</sup>.

Éstas son bacterias anaerobias facultativas gramnegativas, habitantes frecuentes de la cavidad oral de los seres humanos, que se comportan como patógenos oportunistas y causan infecciones graves en humanos.

Presentamos un caso de un paciente de 58 años diabético tipo 2 que es visto en el Servicio de Urgencia para valorar persistencia de celulitis en palma de la mano de 9 días de evolución. Refirió que se le cayó su palillo dental y al cogerlo se lo clavó en la palma. Previamente había sido atendido en Urgencias y se le prescribió antibiótico oral (Amoxicilina-Clavulánico). Estaba afebril y su mano presentaba graves signos de infección: placa necrótica con un punto de drenaje espontáneo, pérdida de la cavidad cóncava de la palma, calor, rubor, dolor y dedos semiflexionados (Fig. 1). Se extrayeron analíticas, destacando leucocitos 12.400/ $\mu$ l (N 67,6%, L 22,9%), PCR 0,27mg/dl, PCT 0,1 ng/ml y hemocultivo, que resultó negativo. Se sospechó de un absceso en el espacio mediopalmar con posible tenosinovitis piógena de los flexores que se confirmó con la ecografía. A las pocas horas, su estado clínico empeoró presentando shock séptico y necesitó ser intervenido quirúrgicamente de urgencia bajo anestesia general. Se drenó material purulento ubicado en espacio mediopalmar y se abrió la



Figura 1. Grave infección de mano.

vaina flexora de 2º y 3º dedos. El paciente mejoró clínicamente aunque requirió 2 revisiones quirúrgicas en las siguientes 72 horas. Se aislaron *Eikenella corrodens*, *Streptococcus anginosus* e *intermedius*.

Las infecciones ocasionadas por traumatismo penetrantes, sobre todo si existen secreciones orales humanas, son habitualmente patógenas polimicrobianas, *E. corrodens* en coinfección sobre todo con *Streptococcus*, haciendo difícil en ocasiones el diagnóstico su detección y la instauración de un tratamiento antibiótico eficaz<sup>2</sup>.

Con respecto a la recomendación de uso de profilaxis antibiótica ante estas lesiones, sigue siendo controvertido, pero se acepta en general el uso de amoxicilina-ácido clavulánico administrando en las primeras 8-12 h.

Aunque el palillo dental parezca un agente "inofensivo" no lo es por su alta capacidad de penetración y además tras su uso puede inocular flora bacteriana bucal. Las infecciones del espacio

mediopalmar son poco frecuentes pero siempre hay que sospecharlas ante una lesión penetrante en dicha zona. Por otro lado, la gravedad de la clínica puede estar incrementada por tratarse de un paciente diabético. Una lesión de estas características es una emergencia y el tratamiento quirúrgico urgente reduce la morbi-mortalidad asociada con esta infección, especialmente en pacientes es diabéticos o inmunodeprimidos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. F. Álvez Gonzalez. Infecciones por mordeduras y heridas punzantes. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, 3.a ed., Ediciones Ergon, (2011).
2. J. Prieto-Prieto, A. Calvo. Bases microbiológicas en las infecciones bucales y sensibilidad en los antibióticos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 9 (2004), pp. S11-S18.