



**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos



# 1° Congreso Argentino de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría

26, 27 y 28 de abril de 2017 • Buenos Aires

## Sedes

**Panamericano Buenos Aires  
Hotel & Resort**  
Carlos Pellegrini 551  
Ciudad de Buenos Aires

**Exe Hotel Colón**  
Carlos Pellegrini 507  
Ciudad de Buenos Aires

# RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

- PO-** Presentación Oral
- POC-** Presentación Oral de Casos Clínicos
- RPD-** Recorrida Pósters Digitales

## DERMATOMIOSITIS INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cruz Iturrieta C.<sup>1</sup>; Torrejón E.<sup>2</sup>; Castillo M.<sup>3</sup>; De Freijo S.<sup>4</sup>; Castillo A.<sup>5</sup>  
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1,2,3</sup>; CONSULTORIO PRIVADO<sup>4,5</sup>  
<carmencruziturrieta@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

La dermatomiositis juvenil es una enfermedad inflamatoria autoinmune multisistémica que afecta piel y músculo. Sus manifestaciones están marcadas en su fase inicial por la presencia de una vasculopatía de variada gravedad que afecta distintos órganos y en forma tardía, por el desarrollo de calcinosis. Es una enfermedad rara, con predominio en sexo femenino y con una edad promedio de presentación de 4-10 años, pudiendo hacerlo a cualquier edad como en este caso que se manifestó a los 6 meses de edad.

### OBJETIVOS:

Reconocimiento clínico de las manifestaciones tempranas de dermatomiositis y desafío terapéutico del manejo de esta patología.

### CASO CLÍNICO:

Se presenta paciente femenina de 1 año de edad, procedente de Salta, Argentina, que consulta por lesiones edematosas eritemato-violáceas peripalpebral (heliotropo) que se extienden al resto de la cara. En zona de extensión de articulaciones de mano y rodillas, lesiones papulosas con ligera descamación. Estas lesiones tienen 6 meses de evolución y se acompañan con debilidad muscular generalizada de difícil evaluación por ser lactante. En el laboratorio se evidencian enzimas musculares aumentadas. Se realiza interconsulta con reumatología y se inicia tratamiento para dermatomiositis con meprednisona 2 mg/kg/día y metotrexato 10 mg por semana, ac fólculo, vitamina D, kinesioterapia y fonoaudiología. A meses de iniciado el tratamiento, la paciente presenta notable mejoría de su cuadro clínico.

### CONCLUSIÓN:

Se muestra una patología poco frecuente que se manifestó a muy temprana edad. Se destaca la importancia de su reconocimiento temprano para instaurar un tratamiento precoz y multidisciplinario.

## PURPURA FULMINANS: A PROPOSITO DE UN CASO

Golé M.<sup>1</sup>; Greco M.<sup>2</sup>; Cosentino M.<sup>3</sup>; Formisano S.<sup>4</sup>; Fernie M.<sup>5</sup>  
HOSPITAL BRITANICO<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<mariagole@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La Púrpura Fulminans (PF) es una patología que compromete la piel de manera incapacitante y potencialmente mortal. Presenta necrosis tisular, trombosis de pequeños vasos y coagulación intravascular diseminada. Se clasifica según su causa en: Déficit congénito de proteína C u otro factor de la coagulación; infección aguda severa y PF postinfecciosa. Su reconocimiento precoz permite instaurar un tratamiento y aumentar la sobrevivencia.

### OBJETIVOS

Reportar un caso de patología infrecuente de alta morbimortalidad.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 6 años, previamente sana. Ingres a guardia por cuadro de 10 días de fiebre asociado a lesiones purpúricas en ambas manos y pierna derecha de 8hs de evolución. Se encuentra en REG, afebril, taquipnéica, pulsos periféricos saltones, normotensa, hipoventilación en campo derecho, saturando 93% AA. Presenta lesiones purpúricas tensas, dolorosas, con impotencia funcional. La Rx de Tx y ecografía pleural muestran neumonía derecha con derrame de 20 mm. Se constata leucocitosis, plaquetopenia y alteración del coagulograma (TP 56, KPTT 34, RIN 1,48, Dímero D >100000, FBG 161, Antitrombina 44%). Se toman HMCx2, se expande, recibe vancomicina, ceftriaxona y oxígeno por máscara reservorio. Ingres a UCIP, se coloca tubo de avenamiento pleural, se drena material purulento. Se rescata neumococo en orina, cumple 28 días de antibióticos. Recibe infusión de heparina y plasma fresco congelado; se

diagnostica déficit de proteína S adquirido (valor 12%, VN63-120). Las lesiones evolucionan con necrosis de falanges de todos los dedos (excepto pulgares). Se intenta recuperar funcionalidad mediante amputación de falanges y realización de colgajos.

### CONCLUSIÓN

La PF es una lesión característica, que la distingue de otras lesiones purpúricas. El eritema es rápidamente seguido por áreas irregulares centrales de necrosis azulado-negro rodeado por un borde eritematoso que desaparece hacia la piel sana adyacente. Evoluciona rápidamente debiéndose instaurar el tratamiento específico de la causa subyacente. Son diagnóstico diferencial entidades que no ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que el reconocimiento dermatológico temprano de esta entidad es fundamental. Es una emergencia hematológica que requiere anticoagulación con heparina e infusión de plasma fresco congelado para reponer los factores consumidos. Quienes sobreviven, en especial tras sepsis severa, suelen requerir amputación.

## DERMATOMIOSITIS JUVENIL - A PROPÓSITO DE UN CASO

Moser M.<sup>1</sup>; Markov D.<sup>2</sup>; Cervetto V.<sup>3</sup>; Fernie M.<sup>4</sup>

Hospital Británico de Buenos Aires<sup>1,2,3,4</sup>

<manumoser@gmail.com>

POC  
07

### INTRODUCCIÓN:

La Dermatomiositis (DMS) es una miopatía inflamatoria multisistémica, crónica, idiopática y heterogénea. Se caracteriza por debilidad muscular proximal y simétrica y manifestaciones cutáneas características. Se observa con predominio en mujeres. De etiología multifactorial, aunque asociada a causas infecciosas, alteraciones genéticas y autoinmunes. Para el diagnóstico se usaban los criterios de Bohan & Peter (1975), hoy en día se basan en la clínica, el laboratorio y la RMN del músculo más afectado (gold standard). El tratamiento consiste en glucocorticoides e inmunosupresores, fisioterapia y cuidados de la vía aérea y digestiva. Se evalúa su progresión y pronóstico con diversos Scores (CMAS, CHAQ, etc.).

### OBJETIVO:

Describir el caso de una paciente de 3 años con pérdida de pautas motoras y lesiones cutáneas. Concientizar a la comunidad médica pediátrica sobre una patología poco frecuente y evitar retrasos en el diagnóstico y la progresión de la enfermedad.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo-descriptivo de una paciente internada en el Servicio de Pediatría del Hospital Británico Central.

### RESULTADOS:

Paciente femenina de 3 años, oriunda del sur de la Argentina, donde fue previamente evaluada por numerosos especialistas y que concurre por presentar cambios de las habilidades motoras y lesiones maculo-papulo-escamosas en dorso de manos que progresan a codos, rodillas y maléolos de 10 meses de evolución.

Se IC con reumatología quien solicita laboratorio con LDH y Aldolasa elevados y Ac anti núcleo 1/649. Se realizó RMN de ambos muslos con edema y supresión grasa en T2 tipo miositis y EMG con patrón miopático. Capilaroscopia con desorganización vascular con angiogénesis y capilares tortuosos. Se realizó biopsia que informó dermatitis de interfase vacuolar y liquenoide vinculable a DMS. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona y gammaglobulina. Al alta se indicó meprednisona, metrotexato, ac fólico, nifedipina y fisioterapia. Actualmente recupero habilidades motoras, sedestación sin ayuda, disminución del número de caídas y mejoría dermatológicas (livedo reticularis).

### CONCLUSIÓN:

Si bien la DMS es una enfermedad rara, es la miopatía inflamatoria más frecuente. A pesar de tener una clínica característica, pensar también en diagnósticos diferenciales como distrofias musculares, enf. Neuromusculares o reumatológicas, infecciones virales, eccemas, etc. Se sugiere pensar a la DMS como posibilidad diagnóstica ante pacientes con debilidad muscular axial y lesiones cutáneas específicas por la alta morbimortalidad de su libre progresión.

## SIFILIS: A TENERLA PRESENTE: A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

Prat M.<sup>1</sup>; Ré R.<sup>2</sup>; Díaz Saubidet J.<sup>3</sup>; Litwak G.<sup>4</sup>; Quiroga E.<sup>5</sup>; Varano J.<sup>6</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DR CARLOS GIANANTONIO"<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<mariana\_prat@hotmail.com>

PO  
09

### INTRODUCCION:

La sífilis es una enfermedad infecciosa, el agente etiológico es una espiroqueta: TREPONEMA PALLIDUM. Se trata de una enfermedad crónica y sistémica, que atraviesa por diferentes etapas en las cuales, en el lapso de algo más de un año, el paciente pasa de ser altamente infectante a transformarse en un portador latente de la enfermedad.

La infección se transmite por contacto sexual, por vía transplacentaria, por transfusiones o por contacto con lesiones húmedas habitadas.

Puede ser congénita o adquirida, dividiéndose la adquirida en FASE PRIMARIA, FASE SECUNDARIA, una FASE DE LATENCIA y finalmente la FASE TERCIARIA.

Dentro del diagnóstico, los más utilizados son las pruebas serológicas que pueden ser NO TREPONEMICAS: VDRL Y RPR que detectan Ac anti-cardiolipina. Todas las pruebas positivas deben ser confirmadas por las pruebas TREPONEMICAS: FTA-ABS Y TPHA.

El tratamiento de elección es la penicilina G cristalina por 10 a 14 días en sífilis congénita y penicilina G benzatínica a 50.000 UI/KG/DOSIS IM en 3 dosis.

### OBJETIVO:

Pensar en sífilis como diagnóstico diferencial en lesiones de piel y mucosas.

### CASOS CLINICOS:

1. Paciente de 1 año y 4 meses, de sexo femenino, consulta por condilomas planos en región perianal. Se interna con VDRL + 256 DILS, TPHA+, HIV -.

2. Paciente de 7 años, de sexo masculino, concurre por lesiones verrugosas en lengua, mucosa de carrillos y paladar blando con fauces congestivas. Además de un rash maculoeritematoso en tronco y cara de 1 mes de evolución. Se indica la internación, se realiza VDRL + 512 DILS, TPHA + HIV -.3. Paciente de 16 años, de sexo femenino, antecedente de exantema que resolvió sin tratamiento 3 meses previos a la consulta. Es evaluada por presentar lesiones aftoides en labios de 1 mes de evolución y fiebre y rash maculopapular en tronco y cara de 48 hs de evolución. VDRL 34 DILS, TPHA+, HIV -.

### CONCLUSION:

La sífilis es en la actualidad, en todo el mundo, una de las patologías infecciosas más frecuentes y el diagnosticarla suele ser generalmente un gran desafío debido al habitual polimorfismo de presentación de la enfermedad.

Debido a este gran aumento de casos no debemos olvidarnos de la gran simuladora frente a lesiones en piel y mucosas.

## BEBE COLODION: A PROPOSITO DE 4 CASOS

Cardetti M.<sup>1</sup>; Rubio E.<sup>2</sup>; Ojeda S.<sup>3</sup>; Farrero C.<sup>4</sup>; Menzio M.<sup>5</sup>

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU<sup>1</sup>; UNIVERSIDAD CATÓLICA CUYO SEDE SAN LUIS<sup>2,3,4</sup>;  
MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA<sup>5</sup>

<mccardetti@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

El término bebé colodión (BC) fue introducido por Seligman en 1841 para describir una condición transitoria del recién nacido, referida a la presencia de una membrana-símil que cubre casi por completo la superficie corporal. No constituye una enfermedad en sí misma sino un fenotipo común a diferentes entidades.

Es un cuadro poco frecuente, con una prevalencia de 1 en 50.000-100.000 nacidos vivos y afecta a ambos sexos por igual

En San Luis se presentaron 4 casos, 2 de ellos nacidos en el Hospital Regional San Luis, uno en Cerhu y el último en la Maternidad Regional, Dra. Teresita Baigorria

Al momento del nacimiento, la piel de estos pacientes se presenta engrosada, tensa, lisa y brillante, semejante a una película transparente de celofán flexible. Esta envoltura ocasionalmente dificulta la respiración y la alimentación. Generalmente se asocia con ectropión y eclabión, así como con alteraciones morfológicas de los pabellones auriculares. Dicha membrana se fisura alrededor de las 48 horas del nacimiento y comienza a desprenderse en láminas durante las primeras semanas de vida, pudiendo observarse una piel subyacente normal o la aparición paulatina de las manifestaciones propias de la patología de base. Esta característica se observó en el 100% de nuestros casos, con diferencias en la severidad de presentación

Existen tres formas de BC: 1) síndrome de BC: con mutación en el gen de la transglutaminasa-1 (TGM-1). Corresponde al fenotipo más frecuente. 2) BC autorresolutivo (BCA) (self-healing colodion baby): nueva mutación en el gen de la TGM-1 que afecta la isomerización cis/trans de la enzima

TGase. Corresponde al 10% de los casos. 3) BC autorresolutivo acral: mutación diferente en el gen de la TGM-1.

En nuestra población no contamos con la posibilidad de realizar estudios genéticos

La mayoría de los niños con diagnóstico de BC presenta una ictiosis congénita autosómica recesiva (ICAR).

Seis genes han sido asociados a éstas: TGM-1, ALOXE3, ALOX12B, ABCA12, NIPAL4 (anteriormente conocido como ICHTHYIN) y CYP4F22.

Las mutaciones en el gen de la TGM-1 corresponden aproximadamente al 40% de los casos de ICAR. Tres de los niños de nuestra serie provenía de madres sanas y todos de embarazos normales. En relación con los antecedentes familiares, 2 casos tenían antecedente familiares

La condición de BC se asocia con diversas complicaciones durante el período neonatal. Las principales son: hipotermia, deshidratación, infecciones de piel, fisuras, sepsis, conjuntivitis y compresión mecánica del tórax y los miembros. En nuestra casuística presentaron complicaciones leves como fisuras y conjuntivitis.

### OBJETIVO:

presentación de 4 casos de bebé colodión nacidos en San Luis Capital  
Metodología: Grupo de casos clínicos

### RESULTADOS:

El pronóstico final ha mejorado dramáticamente en los últimos años, junto con el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos neonatales. La mortalidad del BC ha sido estimada en un 10-20% En nuestra población todos evolucionaron favorablemente.

## SÍNDROME DE DRESS (REACCIÓN A DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS): UN DESAFÍO DIAGNOSTICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS

Stechina E.<sup>1</sup>; Garcia Velez P.<sup>2</sup>; Paterno F.<sup>3</sup>; Osa Noseda M.<sup>4</sup>; Mandracho C.<sup>5</sup>; Dubny D.<sup>6</sup>; Iribarren A.<sup>7</sup>; Ferraro E.<sup>8</sup>;  
Rodriguez R.<sup>9</sup>; Pelliza M.<sup>10</sup>; Berdun M.<sup>11</sup>; Teuly G.<sup>12</sup>; Dellamaggiore R.<sup>13</sup>; Gonzalez M.<sup>14</sup>

HOSPITAL DR HECTOR CURA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>

<evelynese@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

El síndrome DRESS es una farmacodermia infrecuente, caracterizada por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación visceral.

### OBJETIVOS:

Describir un paciente polimedicado con diagnóstico inicial de Síndrome de Kawasaki, confirmándose posteriormente DRESS secundario a medicación anticonvulsivante.

### POBLACIÓN:

Paciente pediátrico de 10 años de edad

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 10 años de edad, cursando internación por desorganización psicótica de inicio en la infancia en tratamiento con Risperidona. Durante la evolución agrega episodios de hipertensión y cianosis peribuca, interpretados como equivalentes convulsivos, siendo medicados con ácido valproico y carbamazepina. Al mes evoluciona con episodios febriles asociado a un exantema eritematomaculopapular confluyente y generalizado, respetando pequeñas áreas (surco nasogeniano, plantas y palmas), leucopenia, linfocitos activados con inclusiones, elevación de enzimas hepáticas (TGO y TGP mayores a 400 UI/L), esplenomegalia leve a moderada y mínima presencia de líquido libre en región pelviana. Es evaluada por Dermatología, quien ante sospecha de síndrome de DRESS, sugiere suspensión de anticonvulsivantes. Neurología, decide suspender

carbamazepina y aumentar dosis de ácido Valproico. Paciente persiste febril, agregando inyección conjuntival y derrame pleural. Ante sospecha de síndrome de Kawasaki, reumatología indica tratamiento con aspirina, corticosteroides y gammaglobulina. Paciente persiste febril, agregando insuficiencia hepática con alteración de coagulograma (Concentración protrombina 36%, con buena respuesta a carga de vitamina K). Debido a esto, dermatología indica retirar toda medicación, insistiendo en el diagnóstico de DRESS. Se suspende aspirina, valproato, gammaglobulina y se rota risperidona a aripiprazol más clonazepam. Paciente evoluciona favorablemente, afebril a las 24hs y con resolución completa del exantema a la semana de suspensión de medicación.

### RESULTADOS:

Paciente con diagnóstico de desorganización psicótica de inicio en la infancia, asociado a episodios convulsivos que intercurrió con síndrome de DRESS secundario a medicación anticonvulsivante.

### CONCLUSIONES:

El Síndrome de DRESS es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes pediátricos y polimedicados. Se requiere alta sospecha para una oportuna suspensión de la medicación, evitando falla hepática y mortalidad.

## PITIRIASIS LIQUENOIDE A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Farrero C.<sup>1</sup>; Ponce S.<sup>2</sup>; Anriquez D.<sup>3</sup>; Ojeda S.<sup>4</sup>; De La Torre F.<sup>5</sup>  
UCCUYO SEDE SAN LUIS<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<ceciliafarrero@gmail.com>

RPD  
13

### INTRODUCCIÓN:

La Pitiriasis Liquenoide (PL) es una dermatosis de etiología desconocida, afecta principalmente niños y adultos jóvenes; clínicamente se caracteriza por presentarse como una erupción de pápulas purpúricas que evolucionan a vesículas, con posterior formación de costras hemorrágicas. Evoluciona por brotes y suele ser asintomática, aunque en ocasiones puede aparecer intenso prurito, fiebre y alteración del estado general.

En base a las diferencias morfológicas de sus lesiones y no al curso del proceso se distinguen dos formas clínicas: aguda (pitiriasis liquenoide et varioliforme aguda, PLEVA) y crónica (pitiriasis liquenoide crónica, PLC), compartiendo características clínicas, etiopatogénicas e histológicas, por lo que se ha planteado que forman parte de un espectro continuo de la misma enfermedad. Es una entidad de difícil diagnóstico, autorresolutiva, cuyo tratamiento aún no ha sido estandarizado, pero que actualmente se basa en fototerapia, corticoides y antibióticos.

### OBJETIVO:

Describir tres casos de PL, su presentación clínica, diagnóstico, diagnósticos diferenciales y tratamiento.

### DESCRIPCION DE LOS CASOS:

Se presentan tres casos de PL, 1 paciente de sexo femenino de 5 años de edad, y 2 pacientes de sexo masculino de 5 y 6 años, que consultan por presentar lesiones purpúricas y/o papulodescamativas, uno de ellos con el antecedente de parálisis facial

Ex. dermatológico: se observaron las siguientes lesiones elementales: máculas (eritematosas, hipo o hiperocrómicas), pápulas, vesículas, pústulas, escamacostras. Se solicitaron exámenes complementarios y biopsia que confirmó el diagnóstico. Se indicó tratamiento tópico y fototerapia UVBnb

### CONCLUSIÓN:

La PL es una dermatosis infantil no infrecuente, afecta a niños de 5 a 10 años con un ligero predominio masculino. Las formas agudas y crónicas pueden superponerse en un mismo paciente, El diagnóstico se basa en los aspectos clínicos de la enfermedad siendo necesario un correcto enfoque diagnóstico y terapéutico de esta entidad, con la valoración de dermatólogos y pediatras Si bien la incidencia de esta patología no es baja, creemos que la misma pueda estar subdiagnosticada debido a su polimorfismo lesional. El seguimiento periódico de estos pacientes es fundamental debido a la posibilidad de transformación hacia procesos linfoproliferativos.

## PITIRIASIS RUBRA PILARIS: A PROPÓSITO DE 4 CASOS DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN NIÑOS DE 1ª Y 2ª INFANCIA.

Quiroga E.<sup>1</sup>; Prat M.<sup>2</sup>; Varano J.<sup>3</sup>; Litwak G.<sup>4</sup>; Díaz Saubidet J.<sup>5</sup>; Re R.<sup>6</sup>  
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<eloisaquiroga@hotmail.com>

PO  
14

### INTRODUCCIÓN:

La Pitiriasis Rubra Pilaris es una enfermedad eritematoescamosa crónica e infrecuente, caracterizada por la presencia de pápulas foliculares, placas escamosas asalmonadas, con islas de piel normal interpuesta, e hiperqueratosis palmoplantar. Presenta una incidencia baja y variable (1/5000 a 1/50000 en distintas poblaciones), con una frecuencia de aparición bimodal (en la primera y en la quinta décadas de la vida). Afecta a ambos sexos por igual y se desconoce su etiología. La mayoría de los casos son adquiridos, sin embargo, se han reportado formas familiares.

### OBJETIVOS:

Reportar casos de una patología poco frecuente, con curso generalmente benigno, pero que puede presentar una evolución tórpida hacia la eritrodermia o queratodermia crónica y, a veces, plantear dificultades diagnósticas.

### DESCRIPCIÓN:

Presentamos cuatro casos de Pitiriasis Rubra Pilaris atendidos en nuestro hospital, en niños de entre 4 meses y 7 años de edad, evaluamos la evolución clínica en cada caso y revisamos los principales diagnósticos diferenciales en cada grupo etario.

## PITIRIASIS LIQUENOIDE: A PROPOSITO DE 4 CASOS DE UNA PATOLOGIA POCO FRECUENTE EN PEDIATRIA

POC  
15

*Varano J.<sup>1</sup>; Quiroga E.<sup>2</sup>; Prat M.<sup>3</sup>; Litwak G.<sup>4</sup>; Diaz Saubidet J.<sup>5</sup>; Re R.<sup>6</sup>*  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<varanojimena@gmail.com>

La pitiriasis liquenoide (PL) es una dermatosis inflamatoria, idiopática, infrecuente, benigna y autolimitada, que tiene dos variantes: aguda y crónica, pudiendo considerarse como dos extremos clínicos dentro de la misma enfermedad.

Clínicamente la PL se caracteriza por el desarrollo de brotes recurrentes de pápulas eritemato-descamativas liquenoides, de superficie queratósica, que pueden persistir por semanas o meses (crónica), o bien brotar y recidivar con exacerbaciones agudas acompañadas, generalmente, por vesicopústulas, ulceración, hemorragias y costras (aguda), que curan dejando cicatrices atróficas varioliformes.

Presentamos 4 casos de pitiriasis liquenoide atendidos en el hospital, para comentar su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento y revisar la literatura.

## GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA CON PARTICULAR PRESENTACIÓN CLÍNICA

POC  
17

*Rossiter M.<sup>1</sup>; Diaz F.<sup>2</sup>; Ramos L.<sup>3</sup>; Corigliano M.<sup>4</sup>*  
HOSPITAL OÑATIVIA<sup>1,2,3,4</sup>  
<mjulir@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La primoinfección por el virus herpes simple en niños suele ser asintomática, siendo la gingivoestomatitis herpética la manifestación clínica más habitual y la causa más frecuente de estomatitis en niños de 1-5 años. Se caracteriza por fiebre, aftas orales y dificultad en la ingesta. Su complicación más frecuente es la deshidratación, siendo menos frecuentes las bacteriemias, sobreinfección de las lesiones orales y laringitis ulcerativa. Siendo infrecuente la presencia conjunta de lesiones herpéticas en otras áreas del cuerpo.

### OBJETIVOS:

Conocer una etiología frecuente, si bien no es la edad más frecuente de presentación, descartar diagnósticos diferenciales y la clínica particular que presentó nuestro paciente.

### DESCRIPCION DEL CASO

Niño de 7 años que ingresa a guardia por presentar vesículas erosionadas con úlceras en mucosa labial, cubiertas de membrana grisácea, acompañadas de trismo, halitosis, disfagia y vesículo costras en ramillete en rostro y en tronco, acompañados de fiebre de 6 días de evolución. Refiere ser previamente sano, haber sido medicado con amoxicilina por su madre hace una semana por "faringitis". Se sospecha gingivoestomatitis herpética y se interna. Se toman HMC x 2 y se medica con Aciclovir 60 mg/kg/día y Ampicilina Sulbactam 150 mg/kg/día. Se toman serologías para HVI, EBV Y CMV, no pudiéndose realizar serologías para herpes por no contar con kit en el hospital.

Se realiza por mala evolución interconsulta con hospital pediátrico y se plantea como diagnóstico diferencial el Sme. Steven Johnson, dado el antecedente de ingesta de antibiótico; se toma serologías para herpes y biopsia de piel: Epidermis con paraqueratosis, acantosis y espongirosis. A nivel de capa basal foco de vacuolización y ocasional exocitosis linfocitaria. En dermis papilar caída pigmentaria e infiltrado perivasculoso mixto, con numerosos polimorfonucleares. Extravasación eritrocitaria. Ausencia de necrosis de queratinocitos. Y se recibe serología positiva para herpes simplex tipo 1-2.

### CONCLUSION:

Discutimos un caso de etiología común pero poco frecuente en la edad de nuestro paciente. Con clínica muy florida, que requirió descartar patologías severas y enfermedades inmunosupresoras asociadas debido a la evolución que presentó, y que hubieran requerido un tratamiento y cuidado más complejo.

Recordamos siempre pensar en los diagnósticos diferenciales para lograr un tratamiento efectivo y enfatizamos el tratamiento de sostén para lograr el bienestar del paciente.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN MELANOMA Y LESIONES MELANOCÍTICAS DE POTENCIAL BIOLÓGICO INCIERTO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

PO  
18

Castro C.<sup>1</sup>; Olivera A.<sup>2</sup>; De Diego C.<sup>3</sup>; Anaya J.<sup>4</sup>; Dominguez M.<sup>5</sup>; Herr S.<sup>6</sup>; Stringa O.<sup>7</sup>; Valdez R.<sup>8</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<charliecastelman@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN:

A pesar de que los melanomas y las lesiones melanocíticas de potencial biológico incierto son poco frecuentes en la infancia, su incidencia se encuentra actualmente en ascenso.

Presentamos un estudio retrospectivo sobre nuestra experiencia en el diagnóstico de estas entidades.

### OBJETIVO:

Describir nuestra experiencia en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de melanoma y lesiones melanocíticas de potencial biológico incierto.

### MATERIALES Y MÉTODO:

Analizamos en forma retrospectiva las historias clínicas, archivos fotográficos y estudios histopatológicos de los niños con diagnóstico de melanoma y lesiones melanocíticas de potencial biológico incierto, menores de 14 años evaluados en nuestro hospital desde marzo de 2003 hasta diciembre de 2012.

### RESULTADOS:

Encontramos 6 pacientes que presentaban 7 lesiones con estas características. Tres varones y tres mujeres. La edad estuvo comprendida entre los 4 y los 13 años, con una media de 8 años. Ninguno tenía historia familiar de melanoma.

Los diagnósticos histopatológicos fueron: melanoma spitzoide (MS) en 3 casos, melanoma extensivo superficial (MES) en 1 caso, melanoma in situ (MIS) en otro caso y lesiones de potencial biológico incierto (STUMP) en otros 2 pacientes.

El MES apareció sobre un nevo melanocítico congénito pequeño. El resto de los casos fueron lesiones de novo.

Todos los MS y uno de los STUMP fueron amelanóticos y el sitio más frecuente de aparición de estas lesiones fueron las extremidades.

A todos los pacientes se les realizó exéresis completa de la lesión primaria, y en 4 de ellos se realizó estudio de ganglio centinela. En dos casos se indicó linfadenectomía local por observarse ganglios centinelas positivos.

### CONCLUSIÓN:

Como ha sido descripto en diversas publicaciones, nosotros hemos observado que los melanomas y las lesiones con potencial biológico incierto pueden presentarse en la infancia con características clínicas particulares. Debe considerarse este diagnóstico en los niños y realizar los estudios y procedimientos correspondientes para una mejor caracterización de estas lesiones.

## CUTIS LAXA

RPD  
19

Greco M.<sup>1</sup>; Fortes P.<sup>2</sup>; Marin C.<sup>3</sup>; Flores R.<sup>4</sup>; Vigovich F.<sup>5</sup>; Casas J.<sup>6</sup>; Fernie L.<sup>7</sup>

HOSPITAL BRITANICO<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<fergreco@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

Cutis laxa es un desorden del tejido conectivo, de muy baja prevalencia, que puede presentarse en forma autosómica recesiva o dominante, siendo la forma recesiva más frecuente y reconociéndose 2 subtipos (ARCL 1 y ARCL 2). Se caracteriza por presentar una piel con gran pérdida de la elasticidad, redundante y flaccida.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente de 2 años de edad evaluado en consultorio de Dermatología Pediátrica, con antecedentes de broncoespasmos a repetición, paresia diafragmática, hipotonía y sedestación a los 8 meses de vida. Presenta piel laxa no elástica, redundante en los pliegues con facie alargada. Los antecedentes familiares revelan fenotipos similares en la madre y el hermano, asociado a retraso del desarrollo motor. Se realizó evaluación clínica del paciente y sus familiares, evaluación de imágenes y se obtuvo biopsia de piel la cual no presentó alteración de las fibras elásticas, pero se evidenció una trama de colágeno dérmico de espesor subnormal a la microscopía óptica.

### CONCLUSIÓN:

Los pacientes con Cutis laxa pueden presentar una clínica variada y la superposición de las manifestaciones clínicas pueden dificultar el arribo diagnóstico. El diagnóstico diferencial principal debe realizarse con el síndrome de hiperlaxitud de Ehlers-Danlos.

## PSEUDOLINFOMA POLIPOIDE ANGIOMATOIDE ENRIQUECIDO (RICO) EN CEL T (TRAPP: T CELL-RICH ANGIOMATOID POLYPOID PSEUDOLYMPHOMA)

POC  
20

*Flores R.<sup>1</sup>; Grazziani P.<sup>2</sup>; Greco M.<sup>3</sup>; Vigovich F.<sup>4</sup>; Casas J.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>; Saponaro A.<sup>7</sup>*  
HOSPITAL BRITANICO<sup>1234567</sup>  
rosanamflores@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN:

Los pseudolinfomas cutáneos TRAPP corresponden a un tipo de linfomas benignos enriquecidos en células T, no frecuentes en la infancia.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, evaluado en los consultorios de Dermatología Pediátrica, que consulta por presentar una pequeña lesión exofítica asintomática de color rojo intenso en área escapular izquierda de un mes de evolución. Con la sospecha clínica de granuloma piógeno se indica la exéresis completa y el estudio histológico de la pieza. El informe describe una densa infiltración linfohistiocitaria dérmica nodular rodeada de un collarite epidérmica con prominente vasculatura que concluye en el diagnóstico de TRAPP. La paciente continúa bajo controles clínicos periódicos sin recidiva hasta la actualidad.

### CONCLUSIÓN:

TRAPP es una entidad no habitual en la edad pediátrica. El botriomicoma o granuloma piógeno, es más frecuente en la infancia, y es el principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta.

## DISRAFISMO ESPINAL OCULTO: MARCADORES CUTANEOS

POC  
21

*Greco M.<sup>1</sup>; Marin C.<sup>2</sup>; Flores R.<sup>3</sup>; Raspa M.<sup>4</sup>; Landi S.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>*  
HOSPITAL BRITANICO<sup>123456</sup>  
<fergreco@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

Disrafismo espinal se refiere a un espectro de anomalías congénitas caracterizado por una incompleta fusión del tejido mesenquimal de línea media, hueso, o elementos neurales de la médula espinal. La piel y el tejido nervioso son de origen ectodérmico y anomalías de ambos tejidos pueden ocurrir simultáneamente.

El Disrafismo espinal oculto se caracteriza por presentar lesiones en piel, que si bien cubren el tejido nervioso sin exposición del mismo, resultan como indicadores de menor y mayor riesgo de dicha alteración. Las lesiones congénitas paraespinales de línea media, la mayoría localizadas en el área lumbosacra, son reconocidas como marcadores de disrafismo espinal oculto.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo-descriptivo de una serie de casos clínicos de pacientes que presentaron lesiones cutáneas en línea media, los cuales fueron estudiados con RMN y ultrasonido, y controlados en forma interdisciplinaria por pediatría, dermatología, traumatología, neurocirugía y especialistas en diagnóstico por imágenes.

### CONCLUSIÓN:

En aquellos pacientes que presenten lesiones cutáneas en línea media, se recomienda evaluar el riesgo menor o mayor de disrafismo espinal oculto junto con el equipo multidisciplinario.



## TUBERCULIDE PAPULAR POST-VACUNA BCG

Flores R.<sup>1</sup>; Barrere F.<sup>2</sup>; Raspa M.<sup>3</sup>; Vigovich F.<sup>4</sup>; Casas J.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>; Saponaro A.<sup>7</sup>

HOSPITAL BRITANICO<sup>1234567</sup>  
<rosanamflores@hotmail.com>

POC  
23

### INTRODUCCIÓN:

El liquen escrofulosorum (LS) es una rara presentación de tuberculides asociada a una infección tuberculosa activa en niños y adolescentes. Con el uso aumentado de la BCG, varias complicaciones han sido descripta una de las más raras es el liquen escrofulosorum. Se caracteriza por presentar pápulas color piel o rojoamarronadas asintomáticas y agrupadas que se localizan en abdomen, tórax, tronco y área proximal de miembros. Usualmente presentan PPD positiva. Se plantean como diagnósticos diferenciales queratosis pilar, liquen nitidus y pitiriasis rubra pilaris. Las características histológicas de las lesiones no son patognomónicas pero es una herramienta muy útil para el diagnóstico. El ADN de las micobacterias no han sido detectadas en las lesiones de LS. El tratamiento antituberculoso específico produce una ausencia completa de las lesiones en 8 a 12 semanas sin cicatrices.

### POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo-descriptivo de un paciente evaluado en los consultorios de dermatología pediátrica. Una paciente de 3 años de edad sin antecedentes personales ni familiares consulta por un exantema papular generalizado no pruriginoso. El mismo se inicia luego de la aplicación de la vacuna BCG, observandose lesiones papulares en zona deltoidea izquierda que se extendieron a miembros, glúteos y cara. Se realizan estudios complementarios como PPD, laboratorios, serologías VDRL y

HIV elisa, radiografía de tórax, centellograma, TAC de tórax, abdomen y cerebro, todos fueron normales. Se realizó biopsia cutánea, que informa el diagnóstico de tuberculide, Lichen Scrofulosorum post-BCG. Se indicó tratamiento con isoniacida 10 mg/kg/día con una ligera mejoría clínica.

### CONCLUSIÓN:

Presentar una rara complicación cutánea secundaria a la aplicación de vacuna BCG.

## SÍNDROME DE COSTELLO Y DERMATITIS INFECTIVA: A PROPOSITO DE UN CASO

Castillo A.<sup>1</sup>; Cruz Iturrieta C.<sup>2</sup>; Torrejón E.<sup>3</sup>; Castillo M.<sup>4</sup>; De Freije S.<sup>5</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SALTA<sup>12345</sup>  
<anvicastillo@hotmail.com>

RPD  
24

### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Costello es una enfermedad congénita rara, de herencia AD, aunque muchos casos son esporádicos. Se encuentra dentro de los síndromes neuro-cardio-facio-cutáneos, caracterizados por presentar rasgos dismórficos semejantes y base etiopatogénica común, determinada por hiperactivación de la vía de transducción Ras-MAPK. La dermatitis infectiva está asociada con infección por el HTLV-1, y se caracteriza por eccema exudativo, costroso, crónico y recurrente en cuero cabelludo, pliegues, áreas periorificiales, y responde al tratamiento antibiótico.

### OBJETIVO:

Determinar características fenotípicas en paciente con síndrome de Costello y dermatitis infectiva. Establecer pautas de seguimiento y control para la detección precoz de lesiones tumorales

### CASO CLÍNICO:

Se presenta una paciente femenina, de 2 años, con eccema exudativo en frente, narinas, región perinasal, cuero cabelludo y tronco, baja talla, retraso madurativo y facies toscas.

Se realizó interconsulta con genética con cariotipo 46 XX y fenotipo compatible con síndrome de Costello, al examen neurológico informa retraso madurativo global, la interconsulta con endocrinología determina bajo peso y talla y con cardiología y oftalmología examen normal.

Dado que la paciente presentaba eccemas sobreinfectados a repetición e infecciones respiratorias recurrentes se realizó serología para HTLV-1 que fue positiva, confirmándose el cuadro de dermatitis infectiva.

### CONCLUSIÓN:

Se presenta una patología poco frecuente. Es importante identificar las manifestaciones clínicas para establecer un diagnóstico precoz, lo que hace posible la búsqueda activa de lesiones tumorales, así como ofrecer asesoramiento genético a los padres.

## A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE DISPLASIA ECTODERMICA HIPOHIDROTICA

Laguado Herrera Y.<sup>1</sup>; Contreras García G.<sup>2</sup>  
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER<sup>1,2</sup>  
<yulyhl@gmail.com>

RPD  
25

### INTRODUCCIÓN

La Displasia Ectodérmica Hipohidrótica/Anhidrótica es una patología caracterizada por el desarrollo aberrante de las estructuras ectodérmicas. Su prevalencia es de 1,6/100.000 nacimientos. Una mutación en cualquiera de los genes que codifica para proteínas de la vía señalización de la Ectodisplasia es causal de este cuadro clínico (EDA, EDAR, EDARADD), presentando mecanismo de herencia ligado al X, autosómico recesivo o autosómico dominante. Típicamente sus signos incluyen la triada de hipotricosis, hipohidrosis (o anhidrosis) e hipodondia (hasta anodondia). Asociado a esto, los pacientes suelen presentar infecciones de vías respiratorias bajas o altas recurrentes, reacciones atópicas e hipoacusia conductiva por cerumen espeso.

### OBJETIVOS

Informar tres casos de DEH/A, destacando la importancia de una buena anamnesis y examen físico para establecer el diagnóstico, pues su gran variabilidad de expresión puede retardar el manejo y asesoría genética.

### DESCRIPCIÓN

Tres pacientes no relacionados familiarmente, ninguno tenía consanguinidad parental, presentaban como antecedentes episodios de hipertermia e intolerancia al calor, falta de sudoración y poca producción de lágrimas, el primero de ellos de 4 años, presentó un episodio de tuberculosis pulmonar a los 11 meses, los otros dos de 4 y 13 años, sin otra patología.

Al examen físico todos los pacientes presentaban cabello delgado y escaso, hiperpigmentación y arrugas en párpados, madarosis, puente nasal deprimido, columela corta, labios gruesos y evertidos, piel seca y delgada. El primer paciente con anodondia; el segundo y tercer paciente mostraron oligodondia y dientes cónicos. Además, el segundo paciente presentó sobreplegamiento del hélix con puente entre hélix y antehélix e hiperqueratosis palmoplantar. Se encontró que la madre y hermana del primer paciente manifestaban dientes cónicos, piel seca y zonas con cabello escaso. El segundo paciente tenía madre, tía y abuela de línea materna con dientes cónicos y escaso cabello, y primo con características faciales similares. En el tercer paciente se realizó estudio molecular con análisis del gen EDA encontrando una mutación de novo c.707-13T>G, que en análisis in silico resultó patogénica, confirmando el diagnóstico.

### CONCLUSIÓN

Es importante el reconocimiento de esta patología pues corresponde al 70% de los 200 tipos de displasias ectodérmicas reportadas. Además, un abordaje clínico acucioso y oportuno puede prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida con un tratamiento óptimo y poder indicar asesoría genética.

## ECTIMA GANGRENOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bustamante Marroig P.<sup>1</sup>; Aleksandrowicz M.<sup>2</sup>; Vivoda J.<sup>3</sup>; Palmieri M.<sup>4</sup>; Bellelli A.<sup>5</sup>; Rueda M.<sup>6</sup>; Yarza M.<sup>7</sup>; Castro N.<sup>8</sup>; Barabini L.<sup>9</sup>; Grees S.<sup>10</sup>  
UNIDAD ACADEMICA Y ASISTENCIAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>  
<drabmarroig@gmail.com>

POC  
26

### INTRODUCCIÓN:

El Ectima Gangrenoso (EG) es una manifestación cutánea poco frecuente de la infección por *Pseudomona aeruginosa*. Se presenta la mayoría de las veces en individuos con enfermedades crónicas o con estados de inmunosupresión y en contexto de sepsis.

Clínicamente se evidencian lesiones maculares o papulares eritematosas, localizadas preferentemente en región anogenital y extremidades, que evolucionan rápidamente a ampollas que se rompen dejando úlceras con costras necróticas centrales.

El diagnóstico se basa en la clínica y en el aislamiento de la bacteria en el sitio de la lesión. En el estudio histológico se evidencia vasculitis necrosante y presencia de bacterias en las paredes vasculares, que invaden la capa media y adventicia; pero la biopsia no es imprescindible para el diagnóstico. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el pioderma gangrenoso y otras vasculitis necrosantes. El tratamiento se realiza con antibióticos con espectro contra la *pseudomona aeruginosa*. La neutropenia, la presencia de múltiples lesiones, de bacteriemia y el retraso en el inicio del tratamiento son factores de mal pronóstico.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de 1año y 2 meses de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que consulta a la guardia del hospital Elizalde por presentar

fiebre, lesiones cutáneas y gastroenteritis. Por encontrarse en regular estado general, con un cuadro clínico compatible con sepsis, a foco enteral y cutáneo, se decide su internación. Previa expansión, laboratorio y hemocultivos, se médica en forma empírica con vancomicina y piperacilina/tazobactam. Se solicita interconsulta al servicio de dermatología, valorándose en rostro y región perineal úlceras con borde eritematoso cubiertas con costras necróticas. Con diagnóstico presuntivo de ectima gangrenoso se realiza cultivo de una de las lesiones en la que se aísla, al igual que en los hemocultivos, *pseudomona aeruginosa*, confirmando dicho diagnóstico. Se rota antibiótico a ceftazidime y amikacina y se solicita valoración por servicio de inmunología, que realizan diagnóstico de hipogamaglobulinemia. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se le otorga el alta hospitalaria, con seguimiento por los servicios de dermatología e inmunología.

### CONCLUSIÓN:

Se presenta una patología poco frecuente, con un elevado índice de mortalidad. Por lo que se requiere de un diagnóstico precoz para poder iniciar un tratamiento oportuno. Si bien se presenta la mayoría de las veces en pacientes con algún inmunocompromiso, también puede manifestarse en pacientes inmunocompetentes o con una inmunodeficiencia aún no diagnosticada. Remarcamos la importancia del diagnóstico temprano y de la valoración por el servicio de inmunología.

## SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON (SSJ) SECUNDARIO A FÁRMACOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
27

Murad P.<sup>1</sup>; Gualpa D.<sup>2</sup>; Sosa E.<sup>3</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1,2,3</sup>

<pamelaivonne17@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

El SSJ es un proceso inflamatorio agudo grave, poco frecuente, de naturaleza inmunológica, potencialmente mortal, que cursa con mal estado general y que incluye manifestaciones en piel, mucosas y viscerales no autolimitadas. Principales desencadenantes: Infecciones, medicamentos, entre otros.

### OBJETIVO:

Reflejar la experiencia clínica del SSJ en el Hospital Rawson de San Juan

### CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 7 años, previamente sano, con vacunación completa. Consulta por fiebre y catarro, recibiendo tratamiento durante 3 días con amoxicilina (80 mg/kg), ibuprofeno (10 mg/kg SOS) vía oral y dipirona (10 mg/kg SOS) vía oral; añadiéndose edema labial, inyección conjuntival bilateral purulenta y exantema vesicular difuso. Evolutivamente aparece edema bpalpebral y fotofobia; adenopatías submaxilares; gingivostomatitis y ulceraciones en mucosa oral; con acentuación de lesiones en piel a predominio de miembros, sin compromiso de cabeza y tronco, vesículo-eritematosas con centro costroso; cursando 5to día de fiebre al momento de su internación; por lo que inicialmente se asume con diagnóstico de adenovirus. Por persistencia de la fiebre y lesiones necróticas en mucosa oral, con ausencia de denudación de la piel en todo momento; se reasume con diagnóstico de Enfermedad

de Kawasaki ingresando a Cuidados Intermedios (UCIP) para pasaje de Gamma-globulina; se toman cultivos de sangre, orina y LCR (solicitado por alteración de sensorio, con TAC de cerebro normal), con resultado negativo; instalándose tratamiento antibiótico y antiviral con Aciclovir por indicación de infectología; recibiendo valoración conjunta de inmunología, dermatología (que indica antibiótico tópico y descostrado de lesiones), oftalmología y cardiología (que informa leve engrosamiento pericárdico), decidiendo abordar al paciente con diagnóstico de SSJ. En UCIP recibe valoraciones diarias por oftalmología que descarta lesión corneo-macular indicando tratamiento tópico; recibéndose serología para VHS, Mycoplasma, CMV, VEB, Adenovirus, HIV y látex de LCR negativos. Por evolución clínica favorable se otorga egreso hospitalario con controles ambulatorios multidisciplinarios.

### DISCUSIÓN:

Aunque el SSJ es una entidad poco frecuente, a menudo inducida por fármacos, la mejor terapéutica consiste en el diagnóstico precoz, por lo que ante signos clínicos compatibles, nunca debe descartarse.

## CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA

POC  
28

De Freijo S.<sup>1</sup>; Torrejón E.<sup>2</sup>; Castillo M.<sup>3</sup>; Cruz I. C.<sup>4</sup>; Castillo A.<sup>5</sup>; Llanos S.<sup>6</sup>

PARTICULAR<sup>1</sup>; HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, SALTA<sup>2,3,4</sup>; PARTICULAR<sup>5,6</sup>

<sdefreijo@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN:

Ante un paciente con infecciones a repetición y falta de respuesta a los tratamientos habituales sospechar y estudiar posibles inmunodeficiencias.

### OBJETIVO:

Las inmunodeficiencias primarias son defectos genéticos causados por alteraciones en los genes que codifican alguna de las proteínas implicadas en la respuesta inmunológica. La candidiasis mucocutánea crónica, se distingue por una respuesta inmunitaria ineficaz ante la infección por microorganismos del género *Cándida*, especialmente *Cándida albicans*, y en menor frecuencia, por dermatofitos. Por lo general, el cuadro clínico está limitado a la piel, las mucosas y las uñas, pero en ocasiones están afectados otros órganos. La inmunidad mediada por células es esencial en la respuesta inmunitaria contra *Candida sp.* Investigaciones recientes detectaron diversos defectos inmunológicos en IL-17 y sus receptores, mutaciones en el factor de transductor de señal y activador de la transcripción (STAT 1).

### CASO CLÍNICO:

Paciente de 14 años sexo masculino, con candidiasis mucocutánea crónica, sin antecedentes perinatólogicos de importancia, comienza a los 6 meses de vida con muguet oral con parcial respuesta a los tratamientos convencionales. El paciente evoluciona con candidiasis oral que compromete fauces, queilitis angular en forma permanente y onicomicosis en manos y pies con onicosis y perionicosis; recibiendo tratamientos con antimicóticos orales con leve mejoría. Ante reagudización de las lesiones,

recibió tratamiento con anfotericina B con nefrotoxicidad e hipocalcemia, se rotó a anfotericina B liposomal con buena respuesta. Recibió tratamiento de profilaxis con itraconazol. Es valorado en forma multidisciplinaria, como exámenes complementarios se realizaron serologías todas negativas, TSH normal, perfil reumatológico normal, IGE e IGG elevadas, IGM e IGA normales, se solicita estudio inmunológico en centro de alta complejidad presentando como resultado positivo un déficit de IL 17 confirmándose así el diagnóstico de candidiasis mucocutánea crónica secundaria a inmunodeficiencia.

### CONCLUSIÓN:

Presentamos un paciente con candidiasis mucocutánea crónica pura, sin otras manifestaciones clínicas. Siendo el manejo con antimicóticos un desafío terapéutico.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN PSORIASIS INFANTIL

*Bosio Bonet M.<sup>1</sup>; Salduna D.<sup>2</sup>; Juárez Villanueva L.<sup>3</sup>; Ruiz Lascano A.<sup>4</sup>*  
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA<sup>1,2,3,4</sup>  
<maguibosibonet@gmail.com>

RPD  
29

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de historias clínicas en el Hospital Privado universitario de Córdoba desde Enero del 2008 a Diciembre del 2015, como criterios de inclusión se tomaron pacientes menores 15 años con diagnóstico de psoriasis

### RESULTADOS:

Se registraron 14 pacientes con psoriasis infantil.

71% niñas; 29% niños.

La media de edad de 9,7 años.

El 57 % tenía antecedentes familiares, el 21 % de estos eran familiares de primer grado.

En cuanto tipo de psoriasis: psoriasis en placa 72%, psoriasis guttata 14%, psoriasis c cabelludo 14%.

Los tratamientos tópicos utilizados para el cuero cabelludo en orden de frecuencia fueron : corticoides 100%, ácido salicílico el 87%, coaltar 87%, solución mineral ictiolada 12%, calcipotriol ungüento 12%, cefalexina 24%.

Los tratamientos tópicos utilizados para el compromiso corporal fueron: corticoides 92%, calcipotriol 50%, ácido salicílico 35%; helioterapia 23%; tacrolimus 14%, coaltar 7% , UVB banda estrecha 7%.

### CONCLUSIÓN:

En la mayoría de los pacientes, el 85% se realizó solamente tratamiento tópico, 15% pacientes requirieron UVB banda estrecha. La medicación recomendada como primera elección tópica es el corticoide más análogo la vitamina D, en pliegues o rostro se debe considerar los inhibidores de la calcineurina y para psoriasis extensa se recomienda como primera elección UVB banda estrecha en niños mayores de 8 años, seguida de metotrexato, como en el caso de nuestros pacientes.

## SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

*Iporre L.<sup>1</sup>; Blumetti V.<sup>2</sup>; Bouquet C.<sup>3</sup>; Larralde M.<sup>4</sup>; Bazano E.<sup>5</sup>*  
CLÍNICA ZABALA; SWISS MEDICAL CENTER BARRIO NORTE; HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>1</sup>; CLÍNICA ZABALA<sup>2,5</sup>;  
CLÍNICA ZABALA; SANATORIO DE LA TRINIDAD<sup>3</sup>; HTAL RAMOS MEJÍA; HTAL ALEMÁN<sup>4</sup>  
<lveronica\_iporre@hotmail.com>

POC  
31

Paciente de 6 años de edad que consulta a la guardia de pediatría, derivado por su pediatra de cabecera por tumoración parietofrontal de 2 meses de evolución, la misma fue interpretada como tumoración secundaria a traumatismo.

En el examen físico se puede observar maculas eritemato parduzcas, algunas con aumento de la temperatura local ubicadas en cara, manos, glúteo. Asintomáticas, presentes desde el nacimiento.

Antecedentes familiares, mamá con maculas eritematosas en cuello, manos, piernas; tío paterno con macula que compromete hemitorax derecho; abuelo materno fallecido por hemangioma hepático.

Se realizó TAC cerebral observando displasia ósea, imagen heterogénea adyacente

Con sospecha clínica de Sme. CMAVM se realizó angioresonancia cerebral y se deriva a servicio de Dermatología pediátrica confirmando el diagnóstico.

Malformación capilar-malformación arteriovenosa (OMIM # 608354) es un síndrome autosómico dominante. Fue descrito por primera vez por Erola et al. en el año 2003 en 17 familias con CM asociada con AVM, AVF. Este síndrome es causado por mutaciones RASA1 (5q13.3). Es un trastorno heterogéneo con amplia variabilidad fenotípica, desde una CM aisladas hasta la asociación con MV de alto flujo con alta morbilidad. Los datos de este estudio sugieren que ante la presencia de un paciente con malformaciones capilares atípicas deberíamos realizar una historia clínica exhaustiva y una exploración física completa del paciente y de sus familiares. Se sugieren exámenes complementarios cuando se sospecha una malformación vascular de alto flujo.

Es importante que los pediatras reconozcan esta entidad, probablemente subdiagnosticada ya que un diagnóstico temprano podría llegar a prevenir complicaciones como hemorragias cerebrales y espinales con alta comorbilidad.

## NEVO EPIDÉRMICO VERRUGOSO INFLAMATORIO LINEAL EN GENITALES: REPORTE DE UN CASO

Martínez M.<sup>1</sup>; Galdeano A.<sup>2</sup>; Cuervo M.<sup>3</sup>; Aprea G.<sup>4</sup>; Moreno S.<sup>5</sup>

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI DE MENDOZA<sup>1,2,3,4,5</sup>

<mariana\_martinez17@hotmail.com>

POC  
33

### RESUMEN:

El nevo epidérmico verrugoso inflamatorio y lineal (NEVIL) es un hamartoma considerado una variedad clínica rara del nevo epidérmico y se caracteriza por presentar lesiones eritematoescamosas psoriasiformes, de aspecto lineal siguiendo las líneas de Blaschko. Es una entidad de desarrollo durante la infancia, con preferencia por el sexo femenino, su localización habitual son los miembros inferiores, excepcionalmente se registra afectación familiar y se caracteriza por la unilateralidad, la disposición lineal y el prurito como síntoma constante.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 4 años de edad, nacida de término, peso adecuado para la edad gestacional, fue evaluada en el Servicio de dermatología pediátrica del Hospital Humberto Notti por una dermatosis intensamente pruriginosa localizada en el área genital. Como antecedentes patológicos se destaca una internación en dicho nosocomio a los dos meses de vida por gastroenteritis y a los dieciocho meses fue hospitalizada por pérdida hemática genital, descartando abuso sexual. La paciente además presentaba múltiples consultas ambulatorias en el servicio de dermatología por dermatitis del pañal. Cabe señalar que las condiciones socioeconómicas de la niña y su entorno familiar eran adversas.

Al examen físico presentaba placas hiperqueróticas de color piel, algunas excoriadas, intensamente pruriginosas, de distribución lineal, unilaterales, localizadas en tercio inferior del labio mayor izquierdo de vulva, periné y cara interna de región glútea, de meses de evolución.

El examen ginecológico mostró genitales externos no estrogenizados, himen circular sin particularidades y ausencia de flujo vaginal. Éste cuadro fue interpretado como una dermatitis irritativa por lo que se indicaron medidas generales y propionato de clobetasol al 0.05% como parte del tratamiento. El seguimiento de la paciente fue irregular ya que concurría de manera esporádica a la consulta. A los 6 años fue evaluada nuevamente con persistencia de las lesiones por lo que se indicó tacrolimus 0.03% con remisión subtotal en tres controles posteriores. A los 8 años acudió nuevamente con exacerbación del cuadro e impetiginización secundario al rascado vigoroso, por lo que se indicó tratamiento antibiótico tópico con mupirocina al 2% asociado a betametasona. Al no remitir el cuadro se decide realizar biopsia para el estudio histopatológico.

Exámenes complementarios: Se realizó estudio histopatológico el cual evidenció la presencia de acantosis, hipogranulosis y la característica alternancia de paraqueratosis y ortoqueratosis, arribando al diagnóstico de nevo epidérmico verrugoso inflamatorio y lineal.

### EVOLUCIÓN:

A principio de 2016 la niña fue internada por artritis aséptica de rodilla izquierda. Teniendo en cuenta el diagnóstico histológico de NEVIL de localización flexural y considerando la clasificación de los nevos epidérmicos en entidades aisladas o sindrómicas se decide solicitar radiografías de miembros inferiores y superiores las cuales resultaron dentro de límites normales, por lo que se descarta que dicho nevo forme parte de un cortejo sindrómico.

## HEMANGIOMA CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mothe V.<sup>1</sup>; Baldissone F.<sup>2</sup>; Blanco Pool S.<sup>3</sup>; Guidi A.<sup>4</sup>; Salas M.<sup>5</sup>; Giovo M.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD<sup>1,6</sup>; SANATORIO ALLENDE<sup>2,3,4</sup>; HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN<sup>5</sup>

<valentinamothe@hotmail.com>

RPD  
34

Paciente de sexo masculino, RNT/AEG, nacido por parto vaginal, que presenta al momento de nacer lesión tumoral en región dorsal izquierda de 10 x 11 cm, blanda, móvil, no adherida a planos profundos, con telangiectasias en la superficie. Resto del examen clínico Normal. LBT s/p- Ecografía de partes blandas Doppler color informa masa sólida y heterogénea, con vascularización de alto flujo. Se realiza IRM sin contraste Cervico-torácica: Presencia de un proceso expansivo en topografía del T.C.S. de la región cérvico-dorsal mediano y lateralizado hacia la izquierda, de aspecto sólido, con múltiples estructuras vasculares en su interior de gran calibre. Presenta varios pedículos vasculares en la parte superior y media de la lesión.

Los diagnósticos presuntivos fueron: Hemangioma Congénito, Fibrosarcoma, Hemangioendotelioma kaposiforme y Angiosarcoma. Ante la sospecha de Hemangioendotelioma y el riesgo potencial de Fenómeno de Kassabach-Merrit, se solicita LBT con perfil de coagulación (Recuento de plaquetas, Fibrinógeno, PDF, Dímero-D) con resultados normales. Se decide realizar Biopsia Incisional. Informe Histopatológico: proliferación vascular en dermis reticular consistente con hemangioma infantil. Ante la persistencia diagnóstica de Hemangioma congénito se envía material a servicio de Patología de Hospital Garrahan para realización de INMUNOMARCACIÓN, por falta de disponibilidad en la ciudad de Córdoba. Resultados: Glut-1: (-), CD31: (+), D2 40: (-), Ki 67: Baja fracción de proliferación. Tumor vascular compatible con Hemangioma Congénito (Clasificación ISSVA) por morfología e Inmunohistoquímica.

Se realizan controles clínicos ambulatorios al paciente, evidenciándose hasta la fecha signos de lenta involución, con lo que se arriba al diagnóstico de Hemangioma congénito rápidamente involutivo (RICH) versus Hemangioma congénito parcialmente involutivo (PICH), que requerirá controles clínicos ulteriores para definir variante clínica.

### INTERÉS DEL CASO:

Presentar una patología poco frecuente, que representó un desafío diagnóstico con estrictos controles clínicos evolutivos. Destacar la importancia del acompañamiento a los progenitores debido a la conducta expectante que requieren estos tipos de tumores.

## LESIÓN EN LÍNEA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Limanski T.<sup>1</sup>; Besada L.<sup>2</sup>; González Velardo M.<sup>3</sup>; Crowe C.<sup>4</sup>; Marini M.<sup>5</sup>*  
SANATORIO GÜEMES; HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>1</sup>; SANATORIO GÜEMES<sup>2,3,4,5</sup>  
<limans16@gmail.com>

POC  
35

### INTRODUCCIÓN:

El sistema nervioso y la piel están estrechamente relacionados por su origen ectodérmico común, como consecuencia de esto, las lesiones cutáneas congénitas de la línea media, pueden ser marcadores de defectos subyacentes. Las lesiones pueden comprimir o traccionar la médula espinal produciendo el Síndrome de médula anclada.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de 2 meses de edad, de sexo masculino. Consulta por presentar una mácula eritematosa de 6 por 5 cm de diámetro delimitada, de bordes irregulares sobre una tumoración subyacente, congénita, de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación, localizada en la región sacra izquierda. Se realizó ecografía de partes blandas y resonancia magnética nuclear de región lumbosacra en la cual se observó imagen compatible con raquisquisis sacra izquierda, médula anclada y lipomielenoingocele.

### DISCUSIÓN:

Dada la gravedad de las complicaciones, la repercusión de realizar el diagnóstico precoz de las lesiones, justifica que se solicite de inmediato estudios por imagen, seguimiento y tratamiento por equipo multidisciplinario.

### CONCLUSIÓN:

Es de suma importancia reconocer los estigmas cutáneos localizados sobre la línea media por el riesgo de disrafismo espinal oculto y prevenir el daño neurológico progresivo e irreversible que produce la médula anclada.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Dias M, Partington M. Congenital Brain and Spinal Cord Malformations and Their Associated Cutaneous Markers. *Pediatrics*. 2015 Oct 136(4):e1105-19.
2. Guggisberg D1, Hadj-Rabia S, Viney C, Bodemer C, Brunelle F, Zerah M, Pierre-Kahn A, de Prost Y, Hamel-Teillac D. Skin markers of occult spinal dysraphism in children: a review of 54 cases. *Arch Dermatol*. 2004 Sep;140(9):1109-15.
3. Henriques JG1, Pianetti G, Henriques KS, Costa P, Gusmão S. Minor skin lesions as markers of occult spinal dysraphisms—prospective study. *Surg Neurol*. 2005;63 Suppl 1:S8-12.

**Palabras clave:** Disrafismo espinal oculto. Médula anclada. Lesión en línea media.

## (36) - SINDROME DE PEUTZ JEGHERS, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Janssen M.<sup>1</sup>; Limanski T.<sup>2</sup>; Boggio P.<sup>3</sup>; Abad M.<sup>4</sup>; Larralde M.<sup>5</sup>*  
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA SECTOR DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
SERVICIO DERMATOLOGÍA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<janssenmariana@gmail.com>

POC  
36

El Síndrome de Peutz Jeghers es una genodermatosis de transmisión autosómica dominante asociado a mutaciones del gen *LBK1/STK11*. Se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas en labios, mucosa oral y dedos de manos y pies, múltiples pólipos hamartomatosos gastrointestinales y un riesgo aumentado de padecer neoplasias. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y los estudios complementarios. Presentamos un paciente de sexo masculino, sin antecedentes familiares, que es traído a consulta a los 7 años de edad por presentar lesiones lentilares amarronadas de tamaño variable en labios, mucosa de cavidad oral y conjuntivas desde el nacimiento. Ante la sospecha de síndrome de Peutz Jeghers se solicitan estudios complementarios a través de los cuales se confirma poliposis intestinal múltiple con biopsia de pólipo rectal y sigmoideo compatible con pólipo hamartomatoso. Presenta adicionalmente ecografía testicular con microcalcificaciones en testículo izquierdo. Posteriormente desarrolla máculas hiperpigmentadas en pulpejos de dedos y manos.

El interés del caso radica en la importancia del rol del dermatólogo para la detección de esta patología y posterior vigilancia en forma interdisciplinaria debido a la frecuente asociación con enfermedad neoplásica.

## ABSCESOS FRÍOS EN NEONATOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS :

Limanski, Tamara Fedra<sup>1</sup>; Vedia, Yanina<sup>2</sup>; Romano, María Emilia<sup>3</sup>; Boggio, Paula<sup>4</sup>; Abad, María Eugenia<sup>5</sup>; Larralde, Margarita<sup>6</sup>  
SANATORIO GÜEMES; HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>1</sup>; HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>2,3,4,5,6</sup>  
limans16@gmail.com

POC  
37

### INTRODUCCIÓN

La piel del recién nacido puede ser asiento de diversas infecciones estafilocócicas, en su mayoría causadas por el *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS). En general, se manifiestan a través de cuadros clínicos como onfalitis, impétigo, celulitis y síndrome de la piel escaldada, con habitual compromiso sistémico. Los abscesos fríos en neonatos son una entidad causada en su mayoría por el SAMS sin compromiso del estado general y con respuesta favorable a la antibiotioterapia sistémica. Este cuadro, poco descrito en la literatura, se caracteriza por nódulos fluctuantes e indoloros, con poca o nula respuesta inflamatoria, que suelen afectar grandes pliegues en los recién nacidos.

### OBJETIVOS

Comunicar dos casos clínicos de una entidad infecciosa poco frecuente y poco reportada en recién nacidos. Evaluar factores clínico-epidemiológicos asociados, estudios complementarios y respuesta terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Se comunica dos neonatos que presentaron en la tercer semana de vida, lesiones nodulares, eritematosas, con escasa respuesta inflamatoria, localizadas en grandes pliegues, compatibles con abscesos fríos. Uno de ellos era nacido pretérmino, internado en UTIN por hipoglucemia y para recuperación nutricional por 13 días. El otro paciente no presentaba factores asociados. Ninguno presentó afectación sistémica. En los dos casos se realizaron cultivos de lesión con rescate de SAMS. Los pacientes recibieron antibiótico-terapia sistémica en forma ambulatoria con buena evolución.

### CONCLUSIÓN

Los abscesos fríos neonatales constituyen una infección cutánea poco descrita en la literatura. Reportamos dos pacientes con abscesos fríos en los que se destaca la falta de compromiso del estado general. A pesar de la corta edad de los pacientes, resaltamos la respuesta favorable a la antibiotioterapia ambulatoria en la mayoría de los casos.

### BIBLIOGRAFIA

1. Huber F, Léauté-Labrèze C, Lina G, Sarlangue J, Taïeb A, Boralevi F. Multiple neonatal staphylococcal cold abscesses of the large folds. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(10):1197-200
2. Yoshiyuki M., Masako S. Cutaneous Manifestations of HyperIgE Syndrome. Allergology International. 2012;61:191-196
3. Cheng A., DeDent A., Schneewind O., Missiakas D. A play in four acts: *Staphylococcus aureus* abscess formation. Trends Microbiol. 2011;19(5): 225-232.

## HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO RICH

Pedalino M.<sup>1</sup>; Besolari V.<sup>2</sup>; Limanski T.<sup>3</sup>; Boggio P.<sup>4</sup>; Larralde M.<sup>5</sup>  
HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<pedalinompia@gmail.com>

POC  
38

Los hemangiomas congénitos (HC) son tumores vasculares infrecuentes cuya fase proliferativa ocurre por completo intraútero, por lo que al nacer se encuentran completamente desarrollados. Se clasifican en tres grupos: RICH (hemangioma congénito rápidamente involutivo), NICH (hemangioma congénito no involutivo) y PICH (hemangioma congénito parcialmente involutivo). Los primeros suelen involucionar por completo dentro de los 6 a 18 meses de vida; el mecanismo no se conoce pero probablemente intervienen sucesos apoptóticos.

La anatomía patológica muestra lóbulos de capilares de pequeños a grandes (con células endoteliales y pericitos), rodeados de tejido fibroso, con vasos que pueden contener hemosiderina, trombosis, formaciones quísticas, calcificaciones focales y hematopoyesis extramedular

La técnica de inmunohistoquímica para la detección de GLUT-1 (proteína transportadora de glucosa-1) permite diferenciarlos de los Hemangiomas infantiles (HI), ya que se expresa en el endotelio de los HI y no en los HC. El diagnóstico diferencial se plantea con: hemangioma infantil, hamartoma angiomatoso ecrino, miofibromatosis infantil y rhabdomyosarcoma.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 10 días de vida que consulta por lesión tumoral redondeada, firme, de coloración violácea con telangiectasias superficiales y halo blanquecino, de 7 por 7 cm de diámetro, localizada en cara externa de miembro inferior izquierdo.

Por las características clínicas se valoró la lesión como hemangioma congénito y se decidió mantener conducta expectante con controles periódicos. Al primer mes de vida se evidenció comienzo de la involución, con remisión completa del tumor al año de vida, dejando piel atrófica y redundante.

El interés del caso radica en presentar un tumor vascular poco frecuente, que requiere mantener conducta expectante dado que la involución ocurre en un lapso menor a 12 meses.

Ante anomalías vasculares congénitas que no se pueden caracterizar clínicamente el estudio histopatológico y la inmunomarcación deben ser considerados.

## UNA PEQUEÑA LESIÓN CON MUCHAS IMPLICANCIAS.

Castro M.<sup>1</sup>; Castro M.<sup>2</sup>; Bustamante Marroig P.<sup>3</sup>; Vivoda J.<sup>4</sup>; Bellelli A.<sup>5</sup>; Barabini L.<sup>6</sup>; Yarza M.<sup>7</sup>; Grees S.<sup>8</sup>  
HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<mnattu82@hotmail.com>

POC  
39

### INTRODUCCIÓN:

La protusión piramidal perianal del lactante es una lesión benigna, más frecuente en mujeres, caracterizada por una protusión triangular en línea media del perineo, generalmente anterior al ano. Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran los hemangiomas, malformaciones vasculares, lesiones de enfermedad inflamatoria intestinal, lesiones por abuso sexual y prolapso, entre otras. Se clasifica en congénita, adquirida o asociada a liquen escleroatrófico. En los casos congénitos puede haber antecedente familiar de la misma lesión; mientras que las adquiridas suelen resolver espontáneamente con cambios en la dieta.

### CASO CLÍNICO:

Paciente previamente sana, de 8 meses que consulta por lesión en región perianal de dos meses de evolución. Refiere como único antecedente constipación. Al examen físico presenta tumoración triangular, eritematosa, de consistencia duro elástica, asintomática. Se diagnostica protusión piramidal perianal del lactante. Se indican medidas dietéticas. Permanece en seguimiento por servicio.

### CONCLUSIÓN:

La protusión piramidal perianal del lactante es una lesión benigna, que generalmente resuelve con cambios en la dieta y medidas de higiene. Subdiagnosticada en la edad pediátrica.

## RABDOMIOMAS CARDÍACOS Y ESCLEROSIS TUBEROSA: CASOS PARA ESTUDIO

López Gamboa V.1; Arce H.2; Leschinsky V.3; Francucci V.4; Furey E.5; Giovo M.6  
CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA<sup>1</sup>; HOSPITAL MATERNO-NEONATAL<sup>2,4,5</sup>;  
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD; CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA<sup>3</sup>;  
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD; HOSPITAL MATERNO-NEONATAL<sup>6</sup>  
<virlopezg@hotmail.com>

RPD  
40

Se presentan tres pacientes varones procedentes de Córdoba de tres meses de edad.

El primer paciente evidenció al examen físico máculas lanceoladas hipocrómicas en abdomen y arritmia cardíaca fetal diagnosticada mediante ecografía prenatal, originada por rabdomioma ventricular. Durante los controles posteriores, la tumoración cardíaca fue disminuyendo pero a los meses fue diagnosticado de Hemofilia A leve y Síndrome de West por lo que se encuentra actualmente en tratamiento anticonvulsivante y episódicamente requiere Factor VIII.

El segundo paciente presentó también al examen físico máculas hipocrómicas en tronco y miembros inferiores. La madre tenía el antecedente de angiofibromas faciales y refería que durante el embarazo le informaron que su hijo tenía rabdomiomas cardíacos. Luego del nacimiento y en los meses posteriores evolucionó favorablemente de la parte cardíaca y persiste sin afectación neurológica.

El tercer paciente fue ingresado de emergencia presentando status convulsivo y sospecha de retinoblastoma bilateral vs hamartomas con metástasis cerebrales. Durante su internación se evidenciaron al examen físico máculas lanceoladas hipocrómicas en el tronco, soplo cardíaco 2/6 y cianosis central. Se realizó ecocardiograma en el cual se detectaron tres rabdomiomas en ventrículo izquierdo que comprometían el flujo normal. Evolucionó con falla cardíaca, status convulsivo en repetidas ocasiones y falta de respuesta a la medicación. Tres meses posteriores a la primera internación el paciente fallece.



## DERMATOFICIAS POR CONEJOS.

**Pedalino M.<sup>1</sup>; Lopez M.<sup>2</sup>; Mastroeni N.<sup>3</sup>; Abad M.<sup>4</sup>; Larralde M.<sup>5</sup>**  
HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<pedalinompia@gmail.com>



Las dermatoficias son micosis superficiales causadas por agentes que se pueden dividir en tres grupos: geófilos, zoófilos o antropófilos. Las dermatoficias zoófilas representan el 25% de las tiñas de piel lampiña, mientras que el 90 % afecta el cuero cabelludo causando tiña capitis.

El *Microsporum canis*, es el germen más frecuentemente aislado, siendo su agente transmisor el perro y el gato.

El *Trichophyton mentagrophytes* se ha convertido en un agente prevalente, desde la introducción del conejo como mascota doméstica.

Estas dermatoficias se caracterizan por un intenso componente inflamatorio, por lo que el tratamiento de elección es, en estos casos es por vía sistémica, con Griseofulvina 25 mg/kg/día.

Se estudiaron entre los años 2004 y 2016 10 pacientes con dermatoficias secundarias al contacto con conejos.

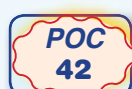
9 presentaron tiña faciei, 5 tiña corporis, 1 Querion de Celso, 3 tiña faciei y corporis y 1 tiña faciei, corporis y Querion de Celso. Solamente en un caso fue posible la confirmación, a través del estudio micológico, de la presencia de *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*.

Destacamos la variedad clínica y topográfica, el aspecto supurativo, la mayor respuesta inflamatoria, el inicio agudo y la rápida diseminación que en ocasiones, demoran el inicio de un tratamiento adecuado.

Como conclusión, los conejos como mascotas deben ser considerados como un riesgo de enfermedad zoonótica para sus dueños, especialmente para los niños, por lo que desde nuestra experiencia, desaconsejamos su tenencia.

## DÉFICIT DE ZINC EN UN LACTANTE

**Gioseffi M.<sup>1</sup>; Obschatko A.<sup>2</sup>; Saralegui J.<sup>3</sup>; Basilio V.<sup>4</sup>; Litwin N.<sup>5</sup>**  
CONSULTORIO<sup>1,2,3</sup>; COMITÉ DE PEDIATRÍA AMBULATORIA SAP; CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA;  
FARMACIA D'AMORE<sup>4</sup>; LABORATORIO DR. NESTOR LITWIN<sup>5</sup>  
<lauragioseffi@fibertel.com.ar>



Se presenta un lactante de sexo femenino de 7 meses de edad, recién nacida pretérmino de 28 semanas y peso adecuado para edad gestacional. Los antecedentes neonatológicos son Enfermedad de Membrana Hialina, derrame pericárdico drenado y anemia.

En su evolución evidenció buena progresión ponderal y madurativa; se alimentó con lactancia materna exclusiva.

Al 5 mes de vida presentó dermatitis perianal y deposiciones con estrías sanguinolentas. Ante el diagnóstico probable de alergia a la proteína de la leche de vaca se inició dieta de exclusión materna con buenos resultados.

Al 6 mes comenzó con pequeñas placas eritematoescamosas localizadas en entrecejo, alas nasales y algunas aisladas en párpados superiores. Progresivamente se extendieron hacia el mentón, cuello y finalmente a dorso de manos, dedos y zona del pañal. La lengua evidenciaba glositis de color blancoparduzco.

Las placas tenían aspecto psoriasiforme, algunas confluían y presentaban bordes muy bien definidos.

El área del cuello sufrió maceración y se tornó eritematosa y brillante.

En el curso de un mes y medio recibió sucesivos tratamientos: mupirocina tópica, trimetoprimasulfametoxazol vía oral, hidrocortisona 1% crema y clotrimazol 1% crema, sin respuesta favorable.

Ante las diferentes terapéuticas instituidas sin mejoría clínica, su pediatra realizó interconsulta con dermatología pediátrica.

Las placas descamativas simétricas, acrales, periorificiales y las instancias fallidas anteriores, sugirieron la sospecha clínica de déficit de zinc. El dosaje plasmático confirmó su depleción (25 mcg/dl para un valor normal de 60 a 160 mcg/dl).

Se inició rápidamente terapia supletoria con sulfato de zinc a dosis de 3 mg/kg/día vía oral con franca mejoría de las lesiones cutáneas y de la lengua. Luego de una semana de tratamiento las placas habían desaparecido. También se constató mayor fuerza en el crecimiento del pelo en cuero cabelludo.

Motiva esta presentación compartir un caso inusual de déficit de zinc en un lactante prematuro alimentado a pecho. La intención es entrenar a pediatras y dermatólogos para su inclusión diagnóstica y su reconocimiento ante dermatosis psoriasiformes con topografía periorificial y acral. La terapia sustitutiva precoz controlará la progresión de las alteraciones sistémicas que pueden acompañar las lesiones cutáneas y exponer la vida del pequeño paciente.

(Queda pendiente el dosaje de Zinc en la leche materna cuyo resultado estará al momento de la eventual presentación del caso).

## ASPERGILOSIS CUTÁNEA PRIMARIA INVASIVA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Martínez M.<sup>1</sup>; Galdeano A.<sup>2</sup>; Cuervo M.<sup>3</sup>; Aprea G.<sup>4</sup>; Moreno S.<sup>5</sup>  
HOSPITAL HUMBERTO NOTTI DE MENDOZA<sup>1,2,3,4,5</sup>

<mariana\_martinez17@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

La aspergilosis es una infección micótica oportunista que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. El incremento de los diferentes tratamientos inmunosupresores en pacientes pediátricos ha aumentado la frecuencia de esta patología.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 1 año y 3 meses de edad con antecedentes de anemia hemolítica por anticuerpos fríos diagnosticada en Agosto del 2014 y tratada en ese año con meprednisona a 1 mg/kg/día, Rituximab y gamaglobulina ev durante 6 meses. Ingresó en marzo de 2016 por empeoramiento de su cuadro hematológico asociado a neumonía. En el día 13 de internación se apreció a nivel cutáneo, en la cara interna de antebrazo, en sitio de acceso venoso, una lesión eritemato-ampollar, que evolucionó rápidamente a una escara necrótica. Se realizó estudio histopatológico el cual mostró necrosis coagulativa de dermis inferior e hipodermis, congestión vascular, infiltrado inflamatorio y múltiples hifas anchas acidófilas compatibles con aspergillus.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Se le solicitaron cultivos bacterianos y micológicos que resultaron negativos. Las tomografías de tórax, abdomen y pelvis no evidenciaron lesiones. Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos.

Descartándose diseminación sistémica se arribó así al diagnóstico de aspergilosis cutánea primaria invasiva.

### EVOLUCIÓN:

Se instauró tratamiento con anfotericina liposomal endovenoso por 14 días seguido de voriconazol endovenoso por 28 días. Se realizó además escalectomía. La evolución fue buena con curación completa de las lesiones.

### DISCUSIÓN:

La Aspergilosis cutánea puede ser primaria tras la inoculación local o secundaria por diseminación sistémica de un foco alejado. La angioinvasividad de ASPERGILLUS SPP hace que estas lesiones sean frecuentemente necróticas. El tratamiento de primera línea es el voriconazol. El pronóstico es malo, con una mortalidad del 30% a los 3 meses. Se destaca la importancia de esta patología debido al aumento de las infecciones por hongos filamentosos en pacientes pediátricos inmunosuprimidos.

## PRESENTACION DE UN CASO DE LOXOSCELISMO CUTANEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO

Docampo P.<sup>1</sup>; Lupu B.<sup>2</sup>

HOSPITAL POSADAS<sup>1</sup>; HOSPITAL DE GENERAL PICO LA PAMPA<sup>2</sup>

<cynthidocampo@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

El loxoscelismo, es el cuadro clínico producido por la picadura de la araña del género *Loxosceles*. Se presenta de dos formas: loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral o sistémico. Dentro del loxoscelismo cutáneo se describe una variante poco común: loxoscelismo cutáneo edematoso; cuando la picadura ocurre en zonas como la cara y el cuello. Es una entidad de difícil diagnóstico ya que es poco frecuente y se la suele confundir con causa de origen infectológico. El interrogatorio dirigido, el antecedente epidemiológico y la captura del ejemplar son fundamentales para el diagnóstico oportuno y el tratamiento específico dentro de las primeras 12 a 36 horas.

### OBJETIVOS:

Dar a conocer un caso de loxoscelismo de presentación poco común. Describir las principales manifestaciones clínicas de esta entidad para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, ingresó a la guardia del Hospital General Pico de La Pampa, presentando edema bupalpebral izquierdo y eritema local. Antecedente: en la madrugada, la niña se despertó con una lesión en zona malar superior izquierda, secundario a haber sentido un pinchazo, encontrando una araña en la cama. Evolucionó con aumento del edema rápidamente progresivo, extendiéndose hacia la hemicara derecha, región frontal y párpado izquierdo, impidiendo la apertura de ambos ojos. No presentó

cambios de voz ni dificultad respiratoria. Laboratorio con leucocitosis leve, sin anemia y plaquetas normales, sin aumento de PCR. Tomografía axial computarizada (TAC) de órbita normal. Se descartó angioedema y celulitis periorbitaria. Por antecedente epidemiológico de picadura se realizó interconsulta al CNI, enviando foto del arácnido para su identificación, confirmándose el cuadro como loxoscelismo cutáneo edematoso. Recibió tratamiento con antibióticos, analgésicos, corticoides y antihistamínicos y se administró antiveneno para *Loxosceles* considerando el tiempo transcurrido. Permaneció 72 horas internada con buena evolución clínica.

### DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN:

El loxoscelismo es de difícil diagnóstico debido al desconocimiento de los signos y síntomas iniciales, lo que lleva a una consulta tardía. El diagnóstico es habitualmente presuntivo, basado en la información epidemiológica y la evolución del cuadro clínico. Solo pocos pacientes consultan con el ejemplar para su identificación.

## EXÓSTOSIS SUBUNGUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino A.<sup>1</sup>; Talley F.<sup>2</sup>; Cuenca Y.<sup>3</sup>; Oliva J.<sup>4</sup>

HOSPITAL T SCHESTAKOW<sup>1</sup>; HOSPITAL H. NOTTI<sup>2,3,4</sup>

<ab\_merino@hotmail.com>

POC  
45

La exóstosis subungueal es una tumoración osteocartilaginosa benigna. La edad de presentación más frecuente es entre los 20 y 30 años, siendo muy pocos los casos reportados en la edad pediátrica.

Niña de 13 años de edad sin antecedentes médicos referidos. Consultó por una tumoración de 1 cm de diámetro, eritematosa, dolorosa, de superficie sangrante, rodeada de un collarite escamoso en la base de la lesión, de 6 meses de evolución, localizada en la falange distal del hallux del pie izquierdo. La misma elevaba y comprimía la placa ungueal produciendo onicólisis distal. Refería traumatismos previos por el uso de zapatillas de danza clásica.

Se solicitó radiografía de frente dorsal y lateral de pie izquierdo focalizada en el hallux que informó formación exofítica radiopaca en el borde lateral interno de la falange distal. Se derivó al Servicio de Traumatología Pediátrica para la extirpación total de la lesión y posterior estudio anatomopatológico. El mismo informó epitelio escamoso en superficie, subyacente tejido cartilaginoso con osificación, compatible con metaplasia fibrocartilaginosa osificante.

Se presenta un caso de exóstosis subungueal en edad pediátrica. El diagnóstico se sospecha con la clínica y se confirma con la radiografía e histopatología. Los principales diagnósticos diferenciales en la infancia se deben realizar con: verruga vulgar, granuloma piógeno, quiste mixoide y osteocondroma. El tratamiento es quirúrgico y se deben realizar controles periódicos debido a que la recidiva es frecuente.

## HERPES NEONATAL

Iporre L.<sup>1</sup>; Morita L.<sup>2</sup>; Boggio P.<sup>3</sup>; Larralde M.<sup>4</sup>

CLÍNICA ZABALA; SWISS MEDICAL CENTER BARRIO NORTE; HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>1</sup>;

HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>2,3</sup>; HOSPITAL RAMOS MEJÍA, HOSPITAL ALEMÁN<sup>4</sup>

<lveronica\_iporre@hotmail.com>

POC  
46

Presentamos el caso clínico de un neonato de 7 días de vida, internado en la Maternidad Sarda desde el nacimiento.

Se trata de un bebé de sexo femenino, pretérmino, de 26 semanas, 840 g, nacido por cesárea por ruptura prematura de membranas. El embarazo fue controlado, serologías maternas negativas. Al nacimiento presentó síndrome de distress respiratorio con requerimiento de ARM. Al 6to día de vida sufrió una descompensación hemodinámica, con aparición de una dermatosis localizada en manos y pies. La misma se encontraba constituida por vesículas y ampollas que comprometían principalmente la planta del pie. Las ampollas eran de diverso tamaños de aspecto tenso, y en algunas impresionaba tener un contenido serohemático, alternándose con erosiones cubiertas de costra serohemática. Se interpretó como sepsis y fue medicado con antibióticos de amplio espectro más Aciclovir. Los cultivos fueron negativos. La PCR de líquido cefalorraquídeo: positivo para herpes simple 1 y 2. Hisopado de piel: positivo herpes 1 y 2. Citodiagnóstico de Tzanck: negativo (24hs de aciclovir). Bx: vesícula intraepidérmica, acantolisis, degeneración reticular, plasmocitos, correlacionar con la clínica. Con diagnóstico de herpes neonatal recibió 27 días de Aciclovir. Falleció a los 27 días de vida. En la evaluación ginecológica de la madre no se constataron lesiones.

La infección genital por el VHS-2 suele ser asintomática o solo produce síntomas leves que pasan desapercibidos. La mayoría de las personas infectadas no saben que lo están.

### CONCLUSIÓN:

Recordar las formas de presentación y comorbilidad del HVS neonatal. Plantearlo como diagnóstico diferencial dentro de las enfermedades véscicoampollares del RN.

## TIÑA CAPITIS. REVISION DE CASOS DURANTE 6 AÑOS.

Salduna M.<sup>1</sup>; Frontino L.<sup>2</sup>; Curmona M.<sup>3</sup>; Abiega C.<sup>4</sup>; Territoriale Caruso A.<sup>5</sup>; Ruiz Lascano A.<sup>6</sup>

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA<sup>123456</sup>

<dsalduna@gmail.com>



### INTRODUCCION:

La tiña capitis es una forma clínica de micosis superficial que siempre debe tratarse con antimicóticos orales. Por ello es fundamental conocer la epidemiología local de los agentes etiológicos en cada región y evaluar respuesta a los tratamientos indicados.

### OBJETIVOS

1. Conocer características epidemiológicas de los pacientes con tiña capitis
2. Determinar características clínicas.
3. Caracterizar análisis micológico realizado. Directo y cultivo.
4. Evaluar tratamiento realizado.

### MATERIAL Y METODOS:

Se revisan historias clínicas de pacientes de 0 a 18 años a quienes se les solicitó micológico de lesiones en cuero cabelludo, desde junio 2010 a junio 2016, en el Hospital Privado Universitario de Córdoba.

### RESULTADOS

Se revisan 63 historias clínicas con pedido de micológico en cuero cabelludo. Se seleccionaron 21 pacientes con micológico positivo (directo o cultivo) o tratados con antimicóticos vía oral y datos clínicos completos. Los casos incluyen 53% mujeres, con una edad promedio de 6 años (rango de 2 a 13 años).

Las formas clínicas fueron 10 placa única (47%), 9 placas múltiples (43%), 1 querion (5%), 1 granulomas dermatofíticos múltiples (5%).

Solo un conviviente se presenta con lesiones piel lampiña. Solo 3 pacientes se presentan con tiña corporis asociada (14%).

Los cultivos desarrollaron *Microsporum canis* (13), *Microsporum gypseum* (2), *Trichophyton mentagrophytes* variedad *mentagrophytes* (1) y 4 fueron negativos (20%).

Los antimicóticos utilizados fueron Griseofulvina (18), Itraconazol (1) y Terbinafina (1).

10 pacientes mejoran dentro del mes (48%), 4 luego del mes (19%), 4 no asisten a control (19%) y 3 requieren rotación del antimicótico (14%).

### DISCUSION Y/O CONCLUSIONES

*M. canis* sigue siendo el hongo más frecuente en nuestro medio (65%), seguido de *M. gypseum* (10%). Se aisló solo un caso (5%) del emergente *T. mentagrophytes*, asociado a conejos. No hubo casos de *T. tonsurans*. La griseofulvina es el antimicótico más utilizado con buenas tasas de curación, utilizada a más de 15 mg/kg/día por 6 a 8 semanas.

La forma clínica de granuloma dermatofítico requirió 5 meses de tratamiento con griseofulvina a altas dosis.

El querion por *T. mentagrophytes* respondió a griseofulvina a 20-25 mg/kg/día por 3 meses. Presentó recurrencia al mes del alta, y se logró curación luego de 2 meses con terbinafina.

Itraconazol y terbinafina fueron ineficaces en los casos utilizados (*M. canis*).

## A PROPÓSITO DE 2 CASOS: TIÑAS FACIALES INFLAMATORIAS SIN DIAGNÓSTICO.

Salduna M.<sup>1</sup>; Monti C.<sup>2</sup>; Ruiz Lascano A.<sup>3</sup>

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA<sup>123</sup>

<dsalduna@gmail.com>



### INTRODUCCION

Las tiñas son patologías de manejo pediátrico. En ciertas ocasiones los cuadros clínicos no son típicos y requieren de un diagnóstico especializado.

### OBJETIVOS

Se presentan estos dos casos clínicamente impactantes, sin diagnóstico correcto, de larga evolución, para alertar sobre la importancia de considerar su diagnóstico para realizar tratamiento correcto.

### DESCRIPCION DE LOS CASOS

CASO 1: Paciente oriunda de Catamarca, sana, de 7 años de edad. Se presenta con múltiples lesiones anulares costrosas en rostro, de tres meses de evolución. Fue tratada empíricamente con antibióticos vía oral, cremas combinadas y corticoides tópicos. Al interrogatorio se constata la presencia de un nuevo gato en el hogar, apareciendo las lesiones posteriormente a la misma. Se solicita micológico, y se trata empíricamente con griseofulvina 21 mg/kg/día por 2 meses y meprednisona vía oral 0,5 mg/kg/día con reducción gradual de dosis, además de corticoides y antimicóticos tópicos. Micológico directo: positivo, cultivo al mes: *Microsporum canis*. Presenta buena evolución.

CASO 2: Paciente proveniente del interior de Córdoba, sano, 3 años de edad. Consulta por lesión eritematosa figurada pustulosa que compromete nariz y párpado, de 1 mes de evolución. Estuvo medicado con antibióticos vía oral y cremas tópicas combinadas. Refiere contacto con múltiples animales en el campo. Se solicita micológico y se indica griseofulvina vía oral 23 mg/kg/día por 2 meses y meprednisona vía oral 0,5 mg/kg por 10 días. Micológico directo: positivo, cultivo al mes: *Trichophyton mentagrophytes* variedad *mentagrophytes*. Evoluciona favorablemente.

### DISCUSION Y O CONCLUSIONES

A pesar de que las tiñas son una patología prevalente, fácil de diagnosticar y de tratar, algunos pacientes realizan múltiples consultas y tratamientos indicados por pediatras, médicos de familia o dermatólogos generales que no han considerado el diagnóstico en forma oportuna, con el consecuente retraso en el tratamiento oportuno. Se presentan dos tiñas faciales: una por *M. canis* y otra por el emergente *T. mentagrophytes* variedad *mentagrophytes* por contactos con conejos.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: URTICARIA VASCULITIS EN PACIENTE CON LES.

Salduna M.<sup>1</sup>; Caruso Territoriale A.<sup>2</sup>; Ruiz Lascano A.<sup>3</sup>  
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA<sup>1,2,3</sup>  
<dsalduna@gmail.com>

POC  
49

### INTRODUCCION

La urticaria vasculitis (UV) es una vasculitis de pequeños vasos caracterizada clínicamente por lesiones urticarianas que muestran en la histología una vasculitis leucocitoclástica. Puede ser idiopática o estar asociada a enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico [LES] y síndrome de Sjögren), neoplasias, infecciones, fármacos. Se la clasifica en normocomplementémica o hipocomplementémica, esta última con más propensión a compromiso multiorgánico y enfermedades de base.

### OBJETIVO

Presentar un caso muy representativo y típico de urticaria vasculitis a partir del cual se realizó el diagnóstico de lupus sistémico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 15 años de edad, sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, antecedentes patológicos de migrañas y broncoespasmos; consulta por presentar placas eritematosas dolorosas en dorso de manos, tronco y cara, de una semana de evolución, que duran más de 24 horas, arden y duelen más que producir prurito, y con escasa respuesta a cetirizina. Al interrogatorio sistémico presenta artralgias sobre todo en manos y rodillas, fotosensibilidad, fenómeno de

Raynaud, ojo seco y caída difusa de cabello. Se indica biopsia de piel, la cual presenta vasculitis leucocitoclástica. Se solicita laboratorio completo, obteniendo títulos altos de ANA 1/320 (moteado fino) e hipocomplementemia. Se sugiere valoración por servicio de Reumatología el cual le diagnostica LES, comenzando medicación con hidroxicloroquina 200 mg y prednisona 5mg. Empeora cuadro de urticaria vasculitis agregándose angioedema, por lo que se amplía laboratorio (C1 Q disminuido) y se aumenta prednisona 20 mg, cetirizina 20 mg y azatioprina 50 mg; mejorando cuadro clínico.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sabemos que la urticaria es una patología frecuente en la consulta pediátrica y que el interrogatorio y examen físico son claves para la orientación etiológica, a partir del cual se plantea algoritmo de estudios. En nuestra paciente, las características clínicas que orientan el diagnóstico son: duración más de 24 hs de las lesiones, sintomatología de ardor y dolor en lugar de prurito y aspecto purpúrico de las lesiones evolucionadas, por lo que se decide realizar biopsia y laboratorio para descartar enfermedades asociadas.

## ERITEMA MULTIFORME POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Iporre L.<sup>1</sup>; García Igarza G.<sup>2</sup>; Danielle F.<sup>3</sup>; Guerrero C.<sup>4</sup>; Luna P.<sup>5</sup>; Racana C.<sup>6</sup>  
CLÍNICA ZABALA; SWISS MEDICAL CENTER BARRIO NORTE; HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>1</sup>;  
SWISS MEDICAL CENTER BARRIO NORTE<sup>2,3,4,6</sup>; SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA; HOSPITAL ALEMÁN;  
HOSPITAL RAMOS MEJÍA<sup>5</sup>  
<lveronica\_iporre@hotmail.com>

POC  
50

Presentamos un paciente de 15 años que comienza con síndrome febril más lesiones papulo vesiculares de contenido seroso que asientan sobre una base eritematosa en patrón de diana, alguna de ellas cubiertas con costra serohemática, ubicadas en palmas, plantas, antebrazos, piernas y glúteos. Se realizaron serologías, siendo positivo IgM, y seroconversión IGG positivo para *Mycoplasma Neumoniae*. No presentó síntomas respiratoria. Se medicó con claritromicina 14 días observando franca mejoría clínica.

Las infecciones causadas por *Mycoplasma pneumoniae* pueden dividirse en infecciones pulmonares y extrapulmonares. Un 25% de los pacientes pueden tener compromiso cutáneo como exantema maculopapular, papulovesicular, eritema multiforme, urticaria, en ocasiones suele ser grave produciendo Sme de Stevens-Johnson o Necrosis Epidérmica Tóxica. El eritema multiforme es un síndrome de hipersensibilidad autolimitado con un patrón clínico muy específico, cuya manifestación más característica es la lesión "en diana". Las lesiones orales pueden presentarse en el 25-50% de los casos. Esta entidad se describe como una enfermedad mucocutánea aguda, que abarca desde una variante autolimitada, leve, hasta una variante progresiva, fulminante y grave, con necrosis mucocutánea extensa.

Presentamos un paciente de 15 años con manifestaciones cutáneas donde el agente etiológico hallado fue *mycoplasma pneumoniae* detectado mediante serología.

### OBJETIVO:

Presentar un paciente con Eritema Multiforme donde el agente etiológico hallado fue *Mycoplasma pneumoniae*. Tenerlo presente dentro los diagnósticos diferenciales de lesiones vesicoampollares.

## EXANTEMA LATEROTORÁCICO UNILATERAL DE LA INFANCIA

Mastroeni N.<sup>1</sup>; Pedalino M.<sup>2</sup>; Abad E.<sup>3</sup>; Larralde M.<sup>4</sup>

HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>1,2,3,4</sup>

<natalia\_mastroeni@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

El exantema laterotorácico unilateral de la infancia, también conocido como exantema asimétrico periflexural de la infancia, es una dermatosis poco comunicada, benigna y autolimitada, que se presenta en niños de 1 a 5 años de edad, con predominio estacional (primavera). Clínicamente se presenta como un exantema escarlatiniforme, morbiliforme o eczematoso, que generalmente comienza en la axila y se extiende hacia el tronco y el miembro superior homolateral. En menor proporción, compromete muslos, flancos y pliegues inguinales. Respeta palmas, plantas y cara. Puede acompañarse de adenopatías regionales y fiebre. La mayoría de los niños se presentan asintomáticos, aunque se puede hallar prurito leve a moderado. Cura sin secuelas ni recurrencias en 4-6 semanas. Si bien la etiología no está del todo aclarada, se ha sugerido una posible causa viral. El diagnóstico es clínico y no es necesaria la realización de exámenes complementarios para su confirmación. No requiere tratamiento específico.

### OBJETIVO:

Describir una entidad poco conocida y por lo tanto subdiagnosticada en la consulta pediátrica.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo que incluía el análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de exantema laterotorácico unilateral de la infancia evaluados en la Sección de Dermatología infantil del Hospital Ramos Mejía, entre los años 2003 a 2016.

### RESULTADOS:

Se presentan 30 pacientes, con edades comprendidas entre 1 y 12 años, con un promedio de edad de 3.5 años. Dieciséis fueron niñas y catorce niños. La totalidad de los casos se inició de manera unilateral, pero en un 34.6% evolucionó con afectación bilateral. En 26 pacientes (86.6%) se describió la presencia de prurito leve a moderado. Tres casos presentaron adenopatías axilares homolaterales al exantema. Cinco pacientes presentaron un pródromo febril días antes al brote. La totalidad de los pacientes presentó afectación inicial de miembros superiores y tronco, y 12 pacientes (40%) presentaron afectación de raíz de miembros inferiores.

### CONCLUSIÓN:

El exantema laterotorácico unilateral de la infancia es una dermatosis infradiagnosticada que debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales de los exantemas. El conocimiento de esta entidad puede ayudar al pediatra a evitar estudios complementarios y tratamientos innecesarios en estos pacientes.

## VITILIGO EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE CÓRDOBA

Carrillo Asis N.<sup>1</sup>; Rodríguez Falconier F.<sup>2</sup>; Virué F.<sup>3</sup>

HOSPITAL INFANTIL DE CÓRDOBA<sup>1,3</sup>; HOSPITAL DR. LUCIO MOLAS<sup>2</sup>

<ncarrilloasis@gmail.com>



El vitiligo es una enfermedad adquirida crónica, caracterizada por máculas despigmentadas, provocada por la destrucción selectiva de los melanocitos. Su incidencia en la población general es de 1%, en el 50% de los casos aparece antes de los 20 años de vida. Su causa es incierta, pero puede estar asociado a enfermedades autoinmunes y se ha descrito una relación entre su aparición y el estrés.

Se puede clasificar en vitiligo no segmentario y vitiligo segmentario.

### OBJETIVO:

Describir las características clínicas y epidemiológicas y los factores desencadenantes asociados a vitiligo en niños atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de Córdoba.

El diseño de la investigación es descriptivo, retrospectivo transversal, durante el período entre 2008-2016. Se registraron datos de 99 niños que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos pesquisados fueron edad, sexo, tipo de presentación, estrés, antecedentes patológicos familiares, patologías concomitantes. Se solicitaron estudios complementarios: glucemia, coproparasitológico, TSH, T4 libre, ATPO. Se utilizó el software Infostat para el análisis estadístico de las variables.

### RESULTADOS:

El 60% fue de sexo femenino, la edad media fue de 8,19 años ( $\pm 3,96$ ). El 63% correspondía al tipo no segmentario. El 20% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de vitiligo y el 38% otros antecedentes familiares relevantes.

El 27% presentaban otras enfermedades asociadas. El 45% de los pacientes reconoció un evento estresante previo a la aparición de las lesiones. El 11% presentó hipotiroidismo, sólo un 3% presentó hiperglucemia. El coproparasitológico fue positivo en 49% de los casos.

Según los resultados obtenidos, la experiencia en el Hospital Infantil de Córdoba muestra estadísticas similares a las consultadas en la bibliografía. Se destaca la predominancia del sexo femenino y como forma más frecuente de presentación el vitiligo no segmentario.

El 45% de los pacientes reconoció el estrés como un factor desencadenante, por lo que debe ser considerado en el tratamiento de la enfermedad. El coproparasitológico positivo en el 49% de los casos es un factor que debe ser evaluado en estudios posteriores como posible desencadenante. Se destaca la asociación del vitiligo con hipotiroidismo y con antecedentes familiares de enfermedades de origen autoinmune, nos conduce a pensar que podría existir un perfil genético susceptible.

## PITIRIASIS RUBRA PILARIS CLÁSICA JUVENIL: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Martínez M.<sup>1</sup>; Galdeano A.<sup>2</sup>; Cuervo M.<sup>3</sup>; Aprea G.<sup>4</sup>; Moreno S.<sup>5</sup>

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI DE MENDOZA<sup>1,2,3,4,5</sup>

<mariana\_martinez17@hotmail.com>

RPD  
53

### INTRODUCCIÓN:

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis inflamatoria rara de causa desconocida. En la población pediátrica el tipo III o clásico juvenil es el segundo en frecuencia. Se caracteriza por hiperqueratosis folicular, la que puede acompañarse de queratodermia palmoplantar y alteraciones ungueales. El diagnóstico fundamentalmente es clínico y se complementa con hallazgos histopatológicos compatibles. Para el tratamiento no existe un agente universalmente aceptado, usándose terapias tópicas y sistémicas con resultados variables, en las formas generalizadas los retinoides sistémicos son los más efectivos.

### CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: lactante de sexo masculino de 4 meses de edad, sin antecedentes patológicos que presentaba una dermatosis eritemato-escamosa generalizada, caracterizada por islotes de piel sana, áreas de hiperqueratosis folicular y queratodermia palmoplantar.

Caso 2: paciente de sexo masculino de 20 meses de edad, sin antecedentes patológicos, que consultó por una erupción eritemato escamosa generalizada, sin afectación de palmas y plantas.

Caso 3: paciente de sexo masculino de 3 años de edad que consultó por eritrodermia caracterizada por zonas eritemato-escamosa, áreas de hiperqueratosis folicular, queratodermia palmoplantar, en el contexto de un cuadro febril por una otitis externa aguda, sus parámetros de laboratorio mostraron leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda, destacándose además una reacción en cadena de polimerasa aumentada.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

En los tres casos se solicitaron estudios de laboratorio con hemograma y parámetros bioquímicos, siendo normales en los dos primeros. El cultivo de fauces fue negativo en todos los casos y el estudio histológico mostró hiperplasia psoriasiforme con hipergranulosis focal, paraqueratosis alternada y leve infiltrado linfocitario perivasculares superficial. De esta manera se arribó al diagnóstico de pitiriasis rubra pilaris clásica juvenil o tipo III.

### EVOLUCIÓN:

Se instauró tratamiento tópico en los tres casos con emolientes, corticoides y análogos de la vitamina D, con buena evolución y respuesta completa.

### DISCUSIÓN:

La población pediátrica representa el 40% de los pacientes con PRP, siendo los varones los más afectados. Se destaca que el paciente numero tres presentó una nueva forma de PRP en niños, de evolución aguda; PRP aguda infantil (JAPRP), la cual es considerada como un subtipo dentro de la forma clásica juvenil, que aparece a partir del primer año de edad luego de un proceso infeccioso febril.

## APLASIA CUTIS CONGÉNITA, VARIANTE MEMBRANOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino A.<sup>1</sup>; Marín J.<sup>2</sup>; Ciprian O.<sup>3</sup>; Acosta S.<sup>4</sup>

HOSPITAL T SCHESTAKOW<sup>1,2,3,4</sup>

<ab\_merino@hotmail.com>

POC  
54

La aplasia cutis es una dermatosis infrecuente de tipo congénita caracterizada por ausencia o adelgazamiento de la epidermis, dermis y en algunos casos, de tejidos blandos subyacentes. Pueden ser únicas o múltiples; presentarse como una alteración aislada o asociada a otras malformaciones. Se clasifican en aplasia cutis membranosa, estrellada, asociada a alteraciones embriológicas de órganos internos o con ausencia congénita de piel. Debido a la baja incidencia de presentación de la misma (3 cada 10.000 RN), se presenta este reporte de caso. Paciente de sexo femenino de 1 mes y 15 días de vida, sin antecedentes médicos referidos. Su madre consulta porque presenta desde el nacimiento lesión alopecica en cuero cabelludo en región parietooccipital derecha de tipo ampollar, tensa, de contenido seroso, de 1 cm de diámetro. Al nacimiento había sido interpretado como un hemangioma congénito. Se solicita radiografía de cráneo frente, perfil y ecografía de partes blandas donde se observa a nivel de TCS imagen ovalada, de borde definidos, ecogénica, sin vascularización de 0.8cm por 0.3cm, lo cual asociado a la clínica confirma el diagnóstico de aplasia cutis congénita variedad membranosa. Se presenta un caso de aplasia cutis congénita en un lactante. Debido a que la aplasia cutis congénita puede asociarse a malformaciones y defectos óseos, y a pesar de su baja frecuencia de presentación, es importante tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de esta patología a los hemangiomas, la epidermólisis ampollar, el traumatismo obstétrico, la alopecia triangular congénita, entre otras, sobre todo en los recién nacidos.

## LIQUEN NITIDUS GENERALIZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Merino A.<sup>1</sup>; Vidal J.<sup>2</sup>; Innocenti C.<sup>3</sup>*

HOSPITAL T SCHESTAKOW<sup>1</sup>; HOSPITAL LAGOMAGGIORE<sup>2,3</sup>

<ab\_merino@hotmail.com>



El liquen nitidus es una dermatosis inflamatoria idiopática poco frecuente caracterizada por pápulas milimétricas brillantes, color piel, asintomáticas o levemente pruriginosas localizadas en miembros, abdomen y genitales. La mayoría de los casos reportados corresponden a la edad pediátrica. Suele ser autorresolutivo o persistir por años. Entre las diferentes formas clínicas el liquen nitidus generalizado es una variante rara de observar. Niño de 9 años de edad con antecedentes de obesidad y nevus melanocítico congénito en la mejilla izquierda. Consultó por múltiples pápulas de 1 a 2 mm, color piel y blanco nacaradas, brillantes, de superficie lisa, pruriginosas ocasionalmente, de 1 año de evolución. Se localizaban en dorso de manos y pies, tobillos, codos, rodillas y abdomen, agrupadas y en disposición lineal presentando fenómeno isomórfico de Koebner. En la dermatoscopia se observaron múltiples lesiones redondeadas blanquecinas, pequeñas, no foliculares. Se solicitó analítica general que resultó normal. Se realizó biopsia por punch en piel de rodilla derecha que informó: epidermis con hiperortokeratosis, atrofia, papilomatosis en forma de "garra" rodeando el infiltrado dérmico, cuerpos de Civatte y vacuolización de la capa basal. En dermis infiltrado inflamatorio linfocitario en banda que ocupa dos papilas y se encuentra delimitado por prolongaciones epidérmicas. Con el diagnóstico confirmado de liquen nitidus generalizado, se indicó metasona crema y sesiones de fototerapia con UVB de banda estrecha.

Presentó desaparición parcial de las lesiones en la 12° sesión y continúa en tratamiento. Se presenta un caso de liquen nitidus generalizado en un niño con buena respuesta a la terapéutica instaurada. Se destaca el uso de fototerapia UVB de banda estrecha en las formas extensas y sintomáticas de liquen nitidus, disminuyendo de esta manera los efectos secundarios del uso de corticoides y evitando el fenómeno de taquifilaxia en los niños.

## INCONTINENCIA PIGMENTI: A PROPÓSITO DE UN CASO :

*Merino, M.<sup>1</sup>; Gomila, J.<sup>2</sup>; Francisco, M.<sup>3</sup>*

HOSPITAL T SCHESTAKOW<sup>1,2,3</sup>



La Incontinencia Pigmenti o Síndrome de Bloch Sulzberger es una genodermatosis infrecuente de herencia autosómica dominante ligada al cromosoma X con expresión variable. Afecta al sexo femenino aunque existen casos en varones con cariotipo 47 XXY o que poseen un mosaicismo somático para la delección común en el gen NEMO. Clínicamente afecta órganos de origen neuroectodérmico, con manifestaciones en la piel, anexos, ojos, dientes y el sistema nervioso. Niña de 16 días de vida, afebril en buen estado general, quien fue internada por dermatosis ampollar en estudio en el Servicio de Neonatología. Se solicitó analítica general y serología viral, con resultados positivos de leucocitosis de 13.200/mm<sup>3</sup> con eosinofilia del 17% (2.240/mm<sup>3</sup>). Se realizó interconsulta con el Servicio de Dermatología. Al examen físico presentó vesículas, ampollas y pústulas, sobre una base eritematosa con patrón lineal siguiendo las líneas de Blaschko, de 7 días de evolución. Las mismas se localizaron en tronco, extremidades superiores e inferiores. Se realizó biopsia por punch de vesícula en pierna izquierda. Se recibió informe de anatomía patológica que informó dermatosis espongiótica con eosinofilia. Con la sospecha clínica y la histopatología se confirmó el diagnóstico de Incontinencia Pigmenti.

Se solicitó ecografía cerebral, estudios oftalmológicos y auditivos que fueron normales. La paciente a los 2 meses de vida presentó placas lineales eritematoescamosas de aspecto psoriasiforme en brazos, axila derecha y región posterior de ambas piernas. Actualmente a los 9 meses presenta máculas hiperpigmentadas que siguen las líneas de Blaschko localizadas en el tronco y ha aparecido una mácula hipopigmentada lineal en el brazo derecho. Se presenta un caso de Incontinencia Pigmenti que ha presentado rápidamente los 4 estadios descriptos en esta genodermatosis. El estadio vesiculopustuloso se halla en los primeros días del nacimiento en todos los pacientes y es muy importante reconocerlo ya que es característico y ayuda al diagnóstico junto a la biopsia. Las lesiones cutáneas resuelven en semanas, y se desarrollan en meses y años los otros estadios, pudiendo ser mas tardío así el diagnóstico. Se destaca la importancia del conocimiento de esta genodermatosis por el dermatólogo para el diagnóstico temprano, estudio, y tratamiento multidisciplinario del paciente.



## INJERTO CONTRA HUESPED CRONICA

*Guerrero H.<sup>1</sup>; Carrillo A.<sup>2</sup>; Colina V.<sup>3</sup>; Burgesser V.<sup>4</sup>*

HOSPITAL MATERNO INFANTIL HECTOR QUINTANA, SAN S DE JUJUY<sup>1234</sup>  
<guerrerohumbertojujuy@gmail.com>

POC  
57

La EICH representa un grupo de manifestaciones clínicas e histológicas provocadas por la reacción de células inmunocompetentes de un tejido transplantado (injerto) que interacciona con tejido de un receptor inmunosuprimido (huésped).

El término injerto contra huésped se refiere a la reacción inflamatoria producida por las células del donador en contra de un órgano específico (piel, hígado, aparato gastrointestinal)

Presentamos el caso de una niña de 11 años con antecedente de síndrome mielodisplásico hipoplásico, que recibió trasplante de medula ósea alogénico en el 2014. Dos años más tarde acude a la consulta dermatológica por lesiones esclerodermiformes en axilas y zona inguinal. Se realiza biopsia por punch catalogado como manifestación de EICH crónica, en su forma esclerodermiforme. La paciente es remitida al centro que realizó el trasplante para tratamiento.

Al presente, la principal estrategia constituye la prevención del cuadro. Todos los hemocomponentes según las recomendaciones internacionales de riesgo de EICH-AT, deben pasar por procesos de leucofiltración y ser irradiados.

La mayoría de los estudios sobre estas patologías incluyen adultos y niños, siendo relativamente escasas las referidas exclusivamente a pacientes pediátricos

Destacamos el papel del Dermatólogo para el diagnóstico de las lesiones cutáneas, ya que generalmente preceden a la afectación de otros órganos.

## NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA CON VASCULITIS INTESTINAL

*Guerrero H.<sup>1</sup>; Carrillo A.<sup>2</sup>; Colina V.<sup>3</sup>; Burgesser V.<sup>4</sup>*

HOSPITAL MATERNO INFANTIL HECTOR QUINTANA, SAN S DE JUJUY<sup>1234</sup>  
<guerrerohumbertojujuy@gmail.com>

POC  
58

La NET puede presentarse como una erupción morbiliforme que puede evolucionar a necrosis de piel, comprometer el tubo digestivo, la tráquea, los bronquios, el tracto urinario, la vagina y las conjuntivas.

Presentamos el caso de un paciente de 4 años, sexo masculino, que presenta como antecedente convulsión febril compleja 8 meses antes del inicio del cuadro clínico, medicado con fenobarbital. Consulta por exantema generalizado, acompañado de fiebre y mal estado general, que al cabo de unas horas compromete mucosa ocular, oral, genital y anal. Se realiza diagnóstico de NET y se indica Gammaglobulina 2g/kg/día. Ingres a UCIP donde se realizan cuidados de enfermería como un gran quemado. Al 7º día de internación presenta descompensación hemodinámica, distensión abdominal y melena; ingresa a cirugía, se realiza laparotomía exploratoria observándose enteritis necrotizante grado III que obliga a la resección de colon y porción distal de íleon, quedando como secuela un intestino ultra corto. El paciente evoluciona favorablemente, observándose reepitelización cutánea. Una vez compensado, se deriva a la ciudad de Buenos Aires para realizar tratamiento por su intestino ultra corto.

En los casos graves de NET pueden aparecer complicaciones como lesiones oculares persistentes, neumonía, estenosis esofágica, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, trastornos hematológicos, pérdidas masivas de fluidos por vía transepidérmica y sepsis, esta última constituye la causa principal de muerte. Destacamos que el cuidado del paciente en un ambiente estéril y el estricto control clínico, oftalmológico y dermatológico mejoran el pronóstico de la enfermedad.

## HEMIHIPERPLASIA CON LIPOMATOSIS MULTIPLE

Guerrero H.<sup>1</sup>; Carrillo A.<sup>2</sup>; Colina V.<sup>3</sup>; Burgese V.<sup>4</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL HECTOR QUINTANA, SAN S DE JUJUY<sup>1,2,3,4</sup>

<guerreroherbertojujuy@gmail.com>



Los trastornos producidos por mutaciones del PIK3CA pueden producir diferentes síndromes, dentro de los cuales se incluyen Hemiperplasia con lipomatosis múltiple (HHML).

Debido a la variabilidad fenotípica de estos trastornos, se los agrupa bajo el nombre de espectro de sobrecrecimiento relacionado con el PIK3CA (PROS- PIK3CA Related Overgrowth Spectrum).

Presentamos el caso de un paciente de 2 años de vida al momento de la consulta, que presenta sobrecrecimiento del miembro inferior derecho con la presencia de nódulos subcutáneos a la palpación. Tiene como antecedentes prematuridad, displasia broncopulmonar y encefalopatía hipóxica isquémica, lo que le genera retardo madurativo. Se realizaron como estudios complementarios eco doppler de miembro el cual resultó sin alteraciones, ecografía abdominorenal normal, resonancia magnética nuclear de miembros donde no se observaron alteraciones óseas ni de partes blandas. Cariotipo normal.

Se tomó muestra para anatomía patológica donde se observa lipomatosis subcutánea. Destacamos la importancia del seguimiento periódico de estos pacientes dado que puede presentar riesgo aumentado para tumores. Se recomienda realizar ecografía abdominorenal cada 3 meses hasta los 8 años de edad.