

¿Cuál es su diagnóstico? Dermatosis inespecífica en un lactante

What is the diagnosis? Nonspecific dermatosis in an infant

Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa,* Ana Jocelyn Carmona Vargas‡

* Infectólogo pediatra. Departamento de Infectología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México.

‡ Infectóloga pediatra. Jefa de Pediatría del Hospital del Niño y la Mujer «Dr. Alberto López Hermosa». San Luis Potosí, México.

Femenino de un mes de vida, producto de la gesta uno de madre de 17 años, sin control prenatal. Obtenida vía vaginal de 38.5 semanas de gestación por Capurro, Apgar 8-9 y Silverman-Anderson de 0, se reportó peso al nacimiento de 2,150 gramos, talla 48 cm, perímetro cefálico de 35 cm. Posterior al nacimiento aparentemente no tuvo ninguna eventualidad. A la tercera semana de vida presenta

rinorrea abundante en ocasiones sanguinolenta y congestión nasal importante que le condicionan dificultad para alimentarse. Niega fiebre, tos o sintomatología agregada. Posteriormente presenta una dermatosis generalizada, por lo que la madre decide acudir a revisión.

A la exploración física se recibe con frecuencia cardíaca (FC) 135 lpm, frecuencia respiratoria (FR) 61 rpm, tensión arterial (TA) 65/49 mmHg, temperatura (T) 36.8 °C y saturación arterial de oxígeno (SatO₂) 95% y los datos clínicos positivos:



Figura 1: Dermatitis descamativa en cara y extremidades.



Figura 2: Descamación en extremidades.

Citar como: Cristerna TGH, Carmona VAJ. ¿Cuál es su diagnóstico? Dermatitis inespecífica en un lactante. Rev Latin Infect Pediatr. 2022; 35 (3): 120-121. <https://dx.doi.org/10.35366/108135>

Recibido: 09-09-2022. Aceptado: 12-10-2022.





Figura 3:

Rinorrea sanguinolenta abundante.

hipotonía, palidez de tegumentos, descamación gruesa generalizada de predominio en cara y extremidades (*Figuras 1 y 2*), mucosas en regular estado de hidratación, abundante rinorrea sanguinolenta (*Figura 3*), cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso, peristalsis de adecuada intensidad y frecuencia, hepatomegalia 7 x 5 x 5 cm, bazo no palpable.

Se solicitan estudios de laboratorio al ingreso con biometría hemática que reporta hemoglobina (Hb) 8.5 g/dL, hematocrito (HTC) 18.7%, leucocitos (LEU) $18,500 \times 10^3 \text{ mm}^3$, neutrófilos (NEU) $12,300 \times 10^3 \text{ mm}^3$, linfocitos (LIN) $5,000 \times 10^3 \text{ mm}^3$, monocitos (MON) $500 \times 10^3 \text{ mm}^3$, plaquetas (PLA) $108,000 \times 10^3 \text{ mm}^3$, proteína C reactiva (PCR) 4 mg/dL; hemocultivo sin desarrollo; pruebas de funcionamiento

hepático con AST 245, ALT 319, sin alteraciones en la prueba de gamma-glutamil transferasa (GGT), no se documenta hiperbilirrubinemia ni datos de colestasis.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Pregunta 1. ¿Qué estudio de gabinete solicitaría?

- a) Radiografía de huesos largos
- b) IgM para toxoplasma
- c) IgM para citomegalovirus
- d) PPD

Pregunta 2. ¿Qué antecedente de prueba serológica de la madre sería relevante para el diagnóstico?

- a) Serología para herpes simple tipo 1
- b) Serológica positiva para toxoplasmosis
- c) Serológica positiva para citomegalovirus
- d) VDRL positivo

Pregunta 3. ¿Cuál sería el tratamiento indicado para esta enfermedad?

- a) Ceftriaxona
- b) Aciclovir
- c) Penicilina G sódica cristalina
- d) Antifímicos

Pregunta 4. ¿Cada cuánto se debe realizar serologías de control?

- a) Cada año
- b) Cada mes
- c) Cada dos a tres meses
- d) No nesecitar

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?
<https://dx.doi.org/10.35366/108137>