



199/174 - ÚLCERA CUTÁNEA EN NIÑO DE 14 MESES

M. Garrido Laguna^a, C. Navarro Robles^b, M. Fernández Zambrano^b y M. Bosch Racero^c

^aMédico Residente de 3^{er} año; ^bMédico Residente de 2^o año. CS Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga. ^cMédico Residente de 3^{er} año. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 14 meses atendido en urgencias de Atención Primaria. Presenta lesión ulcerada en axila de 24h de evolución. Ha estado en el campo tres días antes. Toma de paracetamol durante la última semana por molestias en la erupción dentaria. Afebril. Ingesta normal. Diuresis conservada. Remitido al Hospital Costa del Sol para realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Peso 10 kg. Buen estado general. No aspecto séptico. Normocoloreado. Lesión ulcerada de 4 × 5 cm en axila izquierda, eritematosa y exudativa con líneas concéntricas en su interior. Pequeñas vesículas en número de 5-6 en espalda, algunas rotas. Signo de Nikolski negativo. ORL: Anodina. No lesiones en mucosas ni orificios. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Hemograma: leucocitos 14.960 (40,9%N), hemoglobina 14,6 g/dl, Hto 43,5%, plaquetas 331.000. PCR 2 mg/l. Cultivo faríngeo: flora normal. Exudado de lesión axilar: *Staphylococcus aureus*. Hemocultivo: negativo.

Juicio clínico: Impétigo ampolloso por *Staphylococcus aureus*.

Diagnóstico diferencial: 1. Viral (VHS, Coxackie). 2. Bacteriana (impétigo ampolloso, síndrome de la piel escaldada estafilocócica) 3. Relacionados con toma de fármacos (necrosis epidérmica tóxica, eritema multiforme). 4. Picadura de insecto. 5. Zoonosis (*Rickettsia conorii*).

Comentario final: La anamnesis detallada junto a una exploración física minuciosa nos proporciona las claves diagnósticas. Las úlceras y ampollas cutáneas pueden ser causadas por trastornos autoinmunes, reacciones farmacológicas, infecciones y traumatismos. La distribución, así como la edad de aparición y el tiempo de evolución orientan el diagnóstico. Es fundamental identificar causas potencialmente letales y que requieren atención inmediata como la necrosis epidérmica tóxica o el síndrome de la piel escaldada estafilocócica. Nuestro paciente realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral durante una semana con buena evolución y desaparición de la lesión sin cicatriz residual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D. The vesicobullous reaction pattern. In: Weedon's Skin Pathology, 3rd ed. Elsevier

Limited, Edinburgh 2010.

2. Gerull R, Nelle M, Schaible T. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: a review. Crit Care Med. 2011;39:1521.