

do asocia mucocele intranasal y es sintomático consiste en su extirpación mediante abordaje endoscópico nasal^{4,5}. La adquisición de la respiración bucal⁶ de los neonatos puede hacer mejorar la sintomatología y demorar la intervención, como ocurrió en nuestro caso.

**S. Tornero Patricio, M. Santano Gallinato,
M. Granero Asencio, A. López Sanz
y L.E. Durán de Vargas**

Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla. España.

Correspondencia: Dr. S. Tornero Patricio.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena.
Dr. Fedriani, 3. 41003 Sevilla. España.
Correo electrónico: sebastornero@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Sullivan TJ, Clarke MP, Morin JD, Pashby RC. Management of congenital dacryocystocele. *Aust N Z J Ophthalmol.* 1992;20:105-8.
2. Jayshan Yohendran AC, Beckenham W, Beckenham EJ. Bilateral congenital dacryocystoceles with concurrent intranasal mucoceles causing respiratory distress in a neonate. *Asian J Surg.* 2006;29:109-11.
3. Morgan DW, Evans JN. Developmental nasal anomalies. *J Laryngol Otol.* 1990;104:394-403.
4. Hepler KM, Woodson GE, Kearns DB. Respiratory distress in the neonate. Sequela of a congenital dacryocystocele. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121:1423-5.
5. Grin TR, Mertz JS, Stass-Isern M. Congenital nasolacrimal duct cysts in dacryocystocele. *Ophthalmology.* 1991;98:1238-42.
6. Mazzara CA, Respler DS, Jahn AF. Neonatal respiratory distress: Sequela of bilateral nasolacrimal duct obstruction. *Int J Pediatr. Otorhinolaryngol.* 1993;25:209-16.

Dermatofitides faciales

Sr. Editor:

Los términos dermatofitosis y *tinea* o tiña sirven para definir la infección de los tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas) por un grupo de hongos denominados dermatofitos^{1,2}. No debe confundirse con un cuadro infradiagnosticado llamado dermatofitides o reacción "ide", que consiste en una erupción cutánea a distancia, no parasitada, producida por una reacción de hipersensibilidad frente a una infección fúngica primaria por dermatofitos³⁻⁵.

Presentamos el caso de una paciente afectada de *tinea* en el pabellón auricular derecho que desarrolló, durante la infección, dermatofitides en ambas mejillas que simulaban un síndrome de Gianotti-Crosti. Es importante conocer esta entidad para evitar tratamientos innecesarios, y para diferenciarla de otras dermatosis como dermatitis atópica, urticaria, sobreinfección bacteriana, dermatitis de contacto, diseminación de la infección micótica y muchas otras enfermedades cutáneas a las que puede imitar⁵.

Niña de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés es remitida por su pediatra para estudio de una lesión pruriginosa en la oreja derecha de 1 mes de evolución, tratada con emolientes 2 veces al día sin mejoría. En la última semana se asoció una erupción cutánea algo pruriginosa que afectaba a ambas mejillas.

En la exploración física se observaron placas circinadas eritemato-descamativas localizadas en pabellón auricular izquierdo, párpado superior del ojo izquierdo y dorso de tercer dedo de mano derecha; también se apreciaron múltiples pápulas eritematosas dispuestas en ambas mejillas (fig. 1). El resto de la exploración cutánea y de los anejos cutáneos fue compatible con la normalidad.

Se recogieron escamas de la oreja derecha, el examen en fresco con tinción de calcoflúor mostró escasas hifas y en el cultivo se aisló *Trichophyton mentagrophytes*. Tanto el examen en fresco como el cultivo de la muestra de mejilla derecha resultaron negativos.

Al reinterrogar a los padres sobre el posible contacto de la niña con animales, recordaron que un familiar cercano propietario de una granja de conejos había sido tratado un mes antes por *tinea corporis*. Se estableció el diagnóstico de *tinea faciei* en la oreja derecha y párpado superior de ojo izquierdo, y *tinea corporis* en el dorso del tercer dedo de la mano derecha con dermatofitides en mejillas similares a un síndrome de Gianotti-Crosti. Se pautó una aplicación diaria con flutrimazol al 1% en crema y ducha diaria con setaconazol en gel. Remitieron todas las lesiones cutáneas en menos de 1 mes.

Las dermatofitides requieren tres criterios para su diagnóstico: *a)* infección por dermatofitos confirmada, generalmente una forma inflamatoria; *b)* erupción a distancia de elementos no infecciosos, es decir, a diferencia de la lesión primaria, el examen directo y el cultivo son negativos, y *c)* desaparición espontánea de las dermatofitides tras la curación de la lesión fúngica primaria. Además, las pruebas cutáneas son positivas a la tricofitina (cultivo preparado a partir de cultivos de dermatofitos). Por lo general, esta prueba raras veces se realiza en la práctica cotidiana^{3,4}.

Se observa en menos del 5% de los pacientes con dermatofitosis. Sucede con mayor frecuencia en el curso de infecciones muy inflamatorias como querion de Celso, causado por *Trichophyton verrucosum* o *tinea pedis* ampollosa, causada sobre todo por la variante zoofílica de *Trichophyton mentagrophytes* o *Epidermophyton floccosum*, que suelen presentar cuadros más inflamatorios que *Trichophyton rubrum*^{4,5}. Estas lesiones se pueden presentar ya al inicio de la infección o poco después. En ocasiones, las lesiones a distancia se desencadenan con el inicio de un tratamiento efectivo para la dermatofitosis, lo que no debe interpretarse como una reacción medicamentosa adversa ni debe suspenderse el tratamiento⁴.

La clínica es muy variada, puede aparecer de forma localizada o generalizada^{6,7}: *a)* dermatofitides liquenoides, pápulas folicu-



Figura 1. *Tinea faciei* en zonas preauricular y auricular derechas asociada a dermatofitides en mejillas.

lares de pequeño tamaño, acuminadas que se agrupan de forma simétrica en el tronco, zona lateral del cuello y, con menor frecuencia, en la cara; a menudo, coexisten con un querion de Celso⁵; *b*) dermatofitides dishidrosiformes, vesículas en caras laterales de dedos y palma de manos, muchas veces asociadas a *tinea pedis* muy inflamatoria^{4,5,8}, y *c*) otros patrones reactivos, mucho más raros y de dudoso significado, son eritema nudoso, reacción de tipo erisipela (especialmente en la región pretibial acompañando una *tinea pedis* interdigital), eritema anular centrífugo, eritema exudativo multiforme, lesiones eczematosas que simulan pitiriasis rosada u otitis crónica externa⁹, psoriasis⁶, eritrodermia o urticaria¹⁰. Es importante el diagnóstico diferencial de una dermatofitide con cuadros cutáneos similares originados por una infección bacteriana.

Aunque el mecanismo preciso se desconoce, estas reacciones se asocian con una respuesta de hipersensibilidad retardada a la prueba de tricofitina.

Si la reacción "ide" es muy intensa (diseminada o gran inflamación) puede requerir el uso de corticoides tópicos o sistémicos para minimizar los síntomas.

**B. Monteagudo Sánchez^a, E. León Muiños^b,
M. Cabanillas González^a, A.I. Novo Rodríguez^c
y P. Ordóñez Barros^a**

Servicios de ^aDermatología, ^bPediatría y ^dMicrobiología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. ^cPediatra. Centro de Salud de Cedeira. España.

Correspondencia: Dr. B. Monteagudo Sánchez. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Estrada San Pedro-Catabois, s/n. 15405 Ferrol. La Coruña. España. Correo electrónico: benims@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio Flórez C, Martín Díaz MA, Prats Caellas I, De Lucas Laguna R. Tinea manuum inflamatoria. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61:345-6.
2. Monteagudo B, Pereiro M Jr, Peteiro C, Toribio J. Tinea capitis en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:598-602.
3. Al Aboud K, Al Hawsawi K, Alfadley A. Tinea incognito on the hand causing a facial dermatophytid reaction. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:59.
4. Romano C, Rubegni P, Ghilardi A, Fimiani M. A case of bullous tinea pedis with dermatophytid reaction caused by *Trichophyton violaceum*. *Mycoses*. 2006;49:249-50.
5. Kaaman T, Torssander J. Dermatophytid. A misdiagnosed entity? *Acta Derm Venereol*. 1983;63:404-8.
6. Gianni C, Betti R, Crosti C. Psoriasiform id reaction in *Tinea corporis*. *Mycoses*. 1996;39:307-8.
7. Iglesias ME, Espana A, Idoate MA, Quintanilla E. Generalized skin reaction following tinea pedis (dermatophytids). *J Dermatol*. 1994;21:31-4.
8. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Plantar *Trichophyton rubrum* infections may cause dermatophytids on the hands. *Acta Derm Venereol*. 1994;74:403-4.
9. Busch RF. Dermatophytid reaction and chronic otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118:420.
10. Méndez J, Sánchez A, Martínez JC. Urticaria associated with dermatophytosis. *Allergol Immunopathol*. 2002;30:344-5.

Vena hemiácigos persistente y ausencia de vena cava inferior intrahepática. ¿Un hallazgo casual?

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una recién nacida de 6 días de vida que ingresa en nuestro servicio por episodios de apnea con rubefacción facial, que se repiten en dos ocasiones. Ingresó para observación y realización de pruebas diagnósticas según el protocolo de episodio aparentemente letal de nuestra unidad. En la ecocardiografía se visualiza un vaso colector ascendente con flujo venoso que desemboca en vena innominada, sin obstrucción en el flujo, posterior a la aorta y de calibre similar a ella (fig. 1). Se realiza resonancia magnética (RM) cardíaca (fig. 2) y ecografía abdominal, que deja en evidencia la ausencia de la porción hepática de la vena cava inferior, y drenaje a través de la vena hemiácigos directamente en vena innominada, sin cardiopatía asociada, ni otras malformaciones.

Las anomalías del desarrollo de la vena cava inferior (VCI) son raras (incidencia en torno al 0,3% de la población sana)^{1,2}. Se engloban dentro de un gran grupo de alteraciones de las conexiones del sistema venoso sistémico. Su presencia se asocia

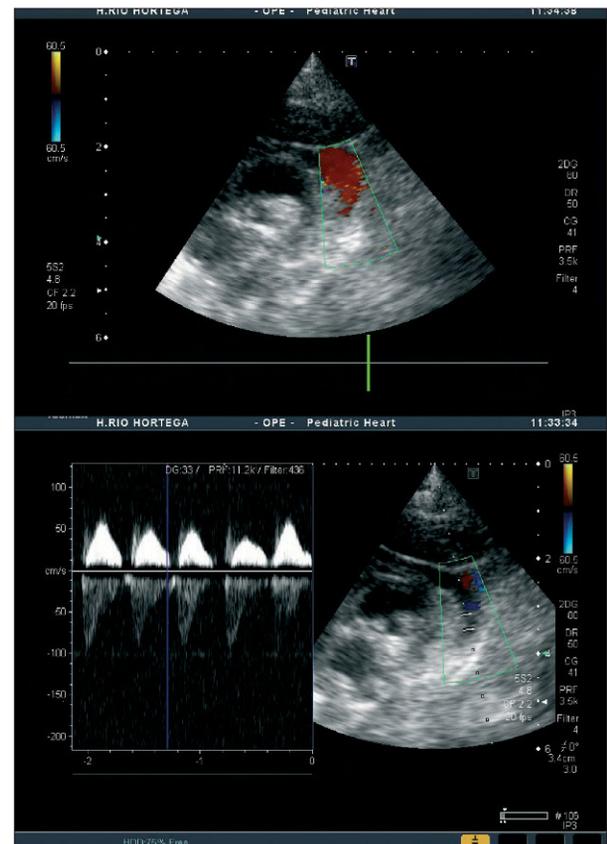


Figura 1. Ecocardiografía. Plano supraesternal. Estructura vascular posterior a la aorta de calibre similar a la misma y con flujo ascendente. El Doppler pulsado muestra un flujo venoso en su interior.