

Figura 2. Cubierta del área de drenaje con enrejado lateral.

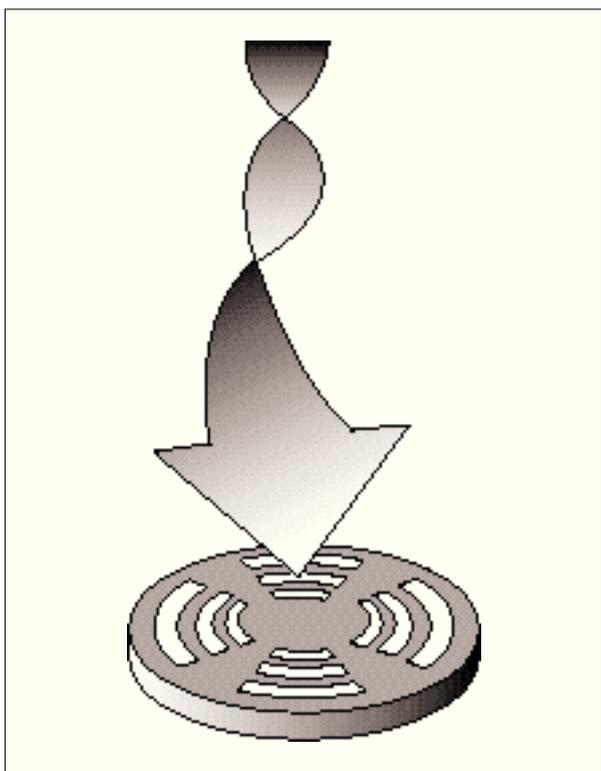


Figura 3. Cubierta del área de drenaje no abierta en su parte superior.

La importancia de dichas medidas preventivas contrasta con la ambigüedad en el desarrollo legislativo de la normativa vigente en nuestra comunidad autónoma, Castilla y León (Decreto 167/1992 sobre normativa higiénico-sanitarias para piscinas de uso público), en la que se establece que los sistemas de producción de los desagües se adecuarán a los avances de la técnica, sin determinar unas mínimas medidas específicas¹.

Con este nuevo caso que se aporta se desea, una vez más, hacer un llamamiento a las autoridades y personal pertinente para que se tomen las medidas preventivas necesarias para evitar este tipo de accidentes.

**A.I. Jiménez Moya, R. Gracia Remiro,
T. Penela Vélez de Guevara, C. Santana Rodríguez,
E. Sierra Pérez y M. Herrera Martín**
Servicio de Pediatría. Hospital General. Segovia.

Correspondencia: Dra. A.I. Jiménez Moya.
Pl. de Echegaray, 4, 1.º dcha. 40200 Cuéllar. Segovia.
Correo electrónico: ajimenez5@airtel.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 177/1992, de 22 de octubre, por el que se aprueba la normativa higiénico-sanitaria para piscinas de uso público. Boletín Oficial de Castilla y León, n.º 103, de 2 de Julio de 1993; 1711-1719.
2. Castejón Casado J, Sanjuán Rodríguez S, Núñez Núñez R, Blesa Sánchez E. Lesiones por succión de drenajes de piscinas. An Esp Pediatr 1987; 27: 315-316.
3. Cain WS, Howell CG, Ziegler MM, Finley AJ, Asch MJ, Grant JP. Rectosigmoid perforation and evisceration from transanal suction. J Pediatr Surg 1983; 18: 10-13.
4. MMWR. Suction drain injury in a public wading pool-North Carolina, 1991. Morb Mortal Wkly Rep 1992; 41 (19): 333-335.
5. Hultman CS, Morgan R. Transanal intestinal evisceration following suction from an uncovered swimming pool drain: case report. J Trauma 1994; 37: 843-847.
6. Reed MW, Wyman A, Thomas WE, Zeiderman MR. Perforation of the bowel by suction drains. Br J Surg 1992; 79: 679.
7. Horwood LJ, Fergusson DM, Shannon FT. The safety of domestic swimming pools. NZ Med J 1981; 94 (697): 417-419.
8. Shin AY, Chambers H, Wilkins KE, Bucknell A. Suction injuries in children leading to acute compartment syndrome of the interosseus muscles of the hand: case report. J Hand Surg 1996; 21: 675-678.
9. Pomberger G, Hallwirth U, Pumberger W, Horcher E. Short-bowel syndrome associated with subtotal necrosis of small intestine after rectal trauma. Eur J Pediatr Surg 1999; 9: 251-252.
10. Porter ES, Kohlstadt IC, Farrell KP. Preventing wading pool suction-drain injuries. Md Med J 1997; 46: 297-298.

Exantema unilateral laterotorácico en un lactante

(An Esp Pediatr 2001; 55: 588-590)

Sr. Editor:

El exantema unilateral laterotorácico es un proceso relativamente frecuente de etiología desconocida bien definida clínicamente. Cursa con distribución hemicorporal y extensión centrífuga y suele aparecer con más frecuencia en primavera y otoño, en pequeñas epidemias^{1,2}.

Se presenta el caso de una niña de 16 meses de edad, con antecedentes de adenoflemón en ángulo mandibular izquierdo a la

edad de 14 meses, que se resolvió satisfactoriamente tras drenaje quirúrgico y antibioterapia oral. Refería una historia de lesiones maculopapulosas en axila derecha de 2 semanas de evolución que se extendían de forma centrífuga y homolateral y afectaban el pliegue inguinal, la cara anterior de muslo, la rodilla, la región laterotorácica y el hemiabdomen derecho, además presentaba elementos aislados en miembro superior derecho. La niña se mostró inquieta e irritable durante la exploración física en la que se observó erupción eritematopapulosa, pruriginosa, confluyente en placas anulares de bordes geográficos separadas por piel normal que presentaban características purpúricas en algunas zonas, con predominio en hemicuerpo derecho, aunque también se observaron diversas lesiones aisladas, confluentes en el antebrazo contralateral (fig. 1). En el hemograma se objetivó elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) (45 en la primera hora y 84 en la segunda hora), discreta linfocitosis (65,1% con 9.330 leucocitos) y trombocitosis (605.000 plaquetas). Asimismo se solicitaron subpoblaciones linfocitarias, análisis sistemático de orina, bioquímica general, PCR, látex y serología viral para citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Barr, de la varicela zoster y del herpes simple, adenovirus, influenza A y B, parainfluenza 1, 2 y 3, y virus de la hepatitis A, B y D; todas ellas con valores dentro de la normalidad a excepción de CMV IgG ELISA: 8.400, con un título de 1/230. En el estudio histopatológico de una muestra cutánea se detectó un discreto infiltrado inflamatorio perivascular en la dermis papilar con exocitosis de células multinucleadas en la epidermis. Con estos datos la paciente fue diagnosticada de exantema unilateral laterotorácico y fue tratada de manera sintomática con paracetamol por vía oral. Al cabo de un mes se consiguió gran mejoría clínica con aclaramiento de gran parte de las lesiones e incluso la completa desaparición del exantema en algunas zonas.

La primera descripción de este proceso fue realizada en 1959 por Laur tras estudiar 175 casos, y en 1993 sugiere el controvertido término de *liquen miliaris*. Brunner et al en 1962 la catalogan como un nuevo eritema papular de la infancia. En 1992, Bodemer y de Prost la denominan exantema unilateral laterotorácico y Taieb et al¹ exantema periflexural asimétrico de la infancia en 1994. Esta enfermedad predomina en niñas de corta edad³, aunque se han descrito casos en adultos⁴, cursa con erupción morbiliforme unilateral que respeta cara, manos y pies^{3,5}, consistente en discretas pápulas eritematosas que confluyen en placas eczematosas reticulares y en ocasiones anulares que se extienden centrífugamente, separadas por piel normal con aclaramiento central y elementos purpúricos aislados, en etapas finales suele existir afectación contralateral de menor intensidad, que puede acompañarse de prurito, linfadenopatías, fiebre, rinoфаринgitis, vómitos, diarrea y descamación furfurácea en fases tardías⁶. Su etiología es todavía desconocida, posiblemente se trate de una reacción inespecífica a distintos virus^{1,4,6,7}, por la frecuente asociación con infecciones del tracto respiratorio superior, aparición de casos familiares⁴ y endémicos en algunas zonas⁸, predisposición estacional en primavera y otoño¹, típica evolución clínica y mayor prevalencia en pacientes inmunodeprimidos. El diagnóstico se realiza a través de las características clínicas del exantema, es de gran utilidad realizar una detallada historia clínica que incluya antecedentes personales, familiares y procesos infecciosos previos. Asimismo es necesario solicitar una analítica completa junto con estudios serológicos y microbiológicos. En caso de duda se aconseja el



Figura 1. Exantema unilateral consistente en pápulas eritematosas confluentes en placas de bordes geográficos.

estudio histopatológico de una muestra cutánea para descartar otros posibles diagnósticos diferenciales. En los estudios histopatológicos se demuestra moderado infiltrado linfocítico de células T perivascular y perisudoral^{1,4}, exocitosis de células mononucleadas⁵ y espongiosis. Mediante microscopía electrónica se observa infiltración linfocítica de las glándulas ecninas con cambios degenerativos en las células epiteliales⁶. El diagnóstico diferencial se debe de realizar con otros exantemas virales, toxicodermias, dermatitis irritativas, *tinea corporis*, *miliaria rubra*, síndrome de Gianotti-Crosti, dermatitis atópica y pitiriasis rosada^{1,6}.

Esta entidad cursa de forma benigna y cura sin secuelas ni recurrencias en 4-6 semanas^{1,7}, por lo que puede pasar desapercibida e infradiagnosticada; sin embargo, se han publicado 2 casos de asociación con leucemia linfoblástica aguda^{8,9}. Sólo requiere tratamiento sintomático con cremas hidratantes, corticosteroides tópicos y antihistamínicos sistémicos en casos de intenso prurito^{6,9,10}. Es necesario continuar con estudios epidemiológicos y microbiológicos para identificar el agente causal y poder diferenciarla de otras enfermedades exantemáticas de la infancia.

**J. Blasco Melguizo^a, R. Ruiz Villaverde^a,
I. Fernández Ángel^a, J. Linares Solano^b
y J. Abad Romero Balmás^a**

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Correspondencia: Dr. J. Blasco Melguizo. Morena, 4, 5º D. Urb. Villa Pineda. 18015 Granada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimalt R. Exantema periflexural asimétrico de la infancia. *Piel* 2001; 16: 141-143.
2. Melsky JW. Unilateral laterothoracic exanthem. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 130.
3. Laur WE. Unilateral laterothoracic exanthem in children. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 799-800.

4. Gutzmer R, Herbst RA, Kiehl P, Kapp A, Weiss J. Unilateral latero-thoracic exanthem (asymmetrical periflexural exanthem of childhood); report of an adult patient. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 484-485.
5. Bodemer C, De Prost Y. Unilateral latero-thoracic exanthem in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 693-696.
6. McCuaig CC, Russo P, Powell J, Pedneault L, Lebel P, Marcoux D. Unilateral latero-thoracic exanthem. A clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 979-984.
7. Strom K, Mempel M, Folster-Holst R, Abeck D. Unilateral latero-thoracic exanthem in childhood. Clinical characteristics and diagnostic criteria in 5 patients. *Hautarzt* 1999; 50: 39-41.
8. Peker S, Hoger PH, Moll I. Record supplied by publisher. *Hautarzt* 2000; 51: 505-508.
9. Fort DW, Greer KE. Unilateral latero-thoracic exanthem in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 51-52.
10. Maroon M, Billingsley EM. Unilateral latero-thoracic exanthem. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 1045.

Mastocitosis multinodular globulosa

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 590-591)

Sr. Editor:

La mastocitosis multinodular globulosa es una mastocitosis inicialmente cutánea incluida en la clasificación morfológica de Degos¹ y pronóstica de Travis et al² como mastocitosis indolente que se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares globulosas abundantes en número y de tamaño variable, que en algunos casos pueden llegar a presentar importantes fenómenos congestivos, motivo de ingreso hospitalario en determinadas ocasiones.

Presentamos el caso clínico de una niña de 3 años y medio sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares de padre afectado de dermatitis seborreica y madre con xerosis cutánea. A la edad de 1 mes acudió a la consulta de der-



Figura 1. Elementos nodulares eritematosos y cupuliformes con signo de Darier positivo en tronco.

matología por la presencia de lesiones eritematodescamativas en cara, línea de implantación del pelo y área del pañal, y fue diagnosticada de dermatitis seborreica. Debido a la progresión y el cambio de aspecto de las lesiones dermatológicas la paciente volvió a consultar. En esta ocasión presentaba a los 2 meses de edad nódulos globulosos abundantes de tamaño guisante o algo mayores, de color rosado o amarillento, salientes, firmes o hemisféricos acompañados de eritema basal, edema, rubefacción e intenso prurito (fig. 1). Signo de Darier positivo. El estudio histológico reveló la existencia de densas acumulaciones de mastocitos ovoides y poligonales en todo el espesor dérmico.

Desde los 2 meses de edad hasta la edad actual (3 años y 3 meses) ha sido ingresada en varias ocasiones por los fenómenos congestivos ya referidos, sin presencia de hipotensión ni dolor abdominal en ninguna de las crisis. La anamnesis por órganos y aparatos y exploración es normal, salvo hepatomegalia de 2 traveses de dedo. En las exploraciones complementarias se observa un predominio linfomonocitario sin eosinofilia. Sólo destaca sideremia 41 $\mu\text{g/ml}$ y discreta elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) 11/33 mm/h sin alteración en los valores de la bioquímica sanguínea. No existen anomalías significativas en la ecografía abdominal realizada, lo cual hace en principio suponer que es un hallazgo casual, pero de la que es revisada periódicamente. Ha seguido tratamiento periódico con ciproheptadina 1 ml/8 h y cromoglicato disódico 200 mg/6 h entre brotes y se asociaba hidroxicina 1 ml/8 h en el ingreso hospitalario cuando el picor era más intenso. En ningún brote se han usado corticoides sistémicos al no presentar manifestaciones ampollas. Con 2 años y 9 meses se ha realizado una biopsia de medula ósea por punción esternal y se han encontrado elementos linfoides moderadamente elevados en número, aunque bien diferenciados. De 2 a 3/mil de estos elementos nucleados son mastocitos. Todas las series son normales. En las últimas radiografías de huesos largos, realizadas a los 3 años de edad, aparecen signos indicativos de osteopenia. No se han podido determinar los valores de histamina en sangre y orina, al no estar disponible la técnica en nuestro hospital. La paciente sigue revisiones trimestrales en los servicios de pediatría y dermatología.

Las mastocitosis son procesos nosológicos que bajo sus diferentes formas clínicas son más frecuentes en la edad infantil. Su verdadera incidencia es desconocida y aunque no es una entidad rara, muchas no llegan a ser diagnosticadas. No hay preferencias de índole racial o sexual y en el 65% de los casos se presentan antes de los 6 años de vida si bien existe un segundo pico de incidencia en la tercera década de la vida. Existen diferencias suficientes entre la mastocitosis pediátrica y la del adulto para llegar a considerarlas como entidades clínicas diferenciadas.

La clasificación de las mastocitosis que más se utiliza en la actualidad es la propuesta por Travis et al³ en 1988 que fue modificada por la conferencia de consenso³ celebrada en 1991 que las divide en:

1. Mastocitosis indolentes (1A, mastocitosis limitadas a la piel y 1B, mastocitosis sistémicas que pueden cursar o no con síntomas cutáneos).
2. Mastocitosis asociadas a trastornos hematológicos.
3. Leucemia mastocitaria.
4. Mastocitosis linfadenopática con eosinofilia o agresivas.