

5. Cazzola M, Bergamashi G, Tonon L, Asrbustini E, Grasso M, Bercesi E, et al. Hereditary hyperferritinemia cataract syndrome: Relationship between phenotypes and specific mutations in the IRE of ferritin light-chain mRNA. *Blood*. 1997;90:814-21.
6. Balas A, Avilés MJ, García-Sánchez F, Vicario JL, Cervera A. Description of a new mutation in the L-ferritin iron-responsive element associated with hereditary hyperferritinemia-cataract syndrome in a Spanish family. *Blood*. 1999; 93:4020-1.
7. Pérez de Nanclares G, Castaño L, Martul P, Rica I, Vela A, Sanjurjo P, et al. Molecular analysis of hereditary hyperferritinemia cataract syndrome in a large Basque family. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2000;14:295-300.
8. Ladero JM, Balas A, García-Sánchez F, Vicario JL, Díaz-Rubio M. Síndrome hereditario de hiperferritinemia y cataratas. Descripción de una nueva familia en España. *Rev Esp Enf Digest*. 2004;96:507-11.
9. García-Erce JA, Cortés T, Cremonesi L, Cazzola M, Pérez-Lungmus G, Giralt M. Hiperferritinemia familiar y cataratas congénitas. Dos nuevas familias españolas y una nueva mutación (A37T: "Zaragoza"). *Med Clin (Barc)*. 2006;1127:55-8.

## Dacriocistocele con mucocele nasal congénito como causa de dificultad respiratoria neonatal

*Sr. Editor:*

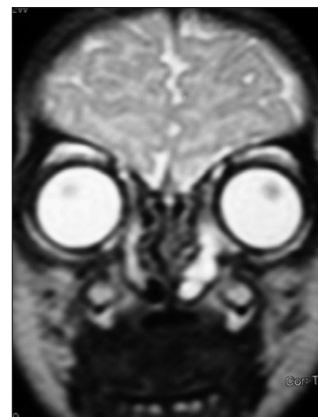
La dificultad respiratoria del recién nacido es uno de los motivos de ingreso más frecuente en las unidades neonatales. En el diagnóstico diferencial hemos de incluir patología del aparato respiratorio (enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial, aire ectópico y otras causas menos frecuentes como obstrucción de la vía aérea), así como patología a nivel extrarrespiratorio (cardiopatías, trastornos metabólicos, anemia, hipovolemia, hipotermia, sepsis, afectación neurológica, etc.).



**Figura 1.** Tomografía computarizada: masa de baja densidad bilateral intranasal, más marcada en el lado izquierdo.

Presentamos el caso de un recién nacido a término que ingresa por dificultad respiratoria a las 16 h de vida. Antecedentes obstétricos: madre de 34 años, secundigesta, secundípara sin antecedentes de interés, con embarazo controlado de 40 semanas de duración. Tras amniorraxis que dio salida a líquido claro, nace mediante parto espontáneo un niño de 2.724 g de peso (P<sub>10-25</sub>) y test de Apgar de 9, 10 y 10 a los 1, 5 y 10 min, respectivamente. A la exploración física se encuentra polipneico con tiraje subcostal e intercostal y aliento nasal. Buen murmullo vesicular bilateral con ruidos transmitidos de vías altas. Postura en hiperextensión cervical. Coanas permeables. Resto de la exploración, sin hallazgos patológicos. Pruebas complementarias: se solicitaron radiografía de tórax, hemograma, bioquímica y proteína C reactiva, que fueron normales en varios controles. La gasometría mostró una acidosis respiratoria al ingreso, que se corrigió en el siguiente control al segundo día de vida. Debido a la marcada hiperextensión cervical que mantenía el recién nacido y con la sospecha de obstrucción de la vía aérea se realizó una tomografía computarizada de cráneo (fig. 1) y, posteriormente, una resonancia magnética (fig. 2) donde se aprecia la existencia de una masa quística y lobulada de baja densidad bilateral, más marcada en el lado izquierdo, desde el canto interno de la órbita hasta la región inferior de la fosa nasal. No se apreciaron anomalías en las coanas ni estenosis en la apertura piriforme. Estos hallazgos son compatibles con un dacriocistocele bilateral congénito con mucocele de extensión intranasal. Se realiza una valoración conjunta por otorrinolaringología y oftalmología indica la intervención quirúrgica vía nasal, la cual es aplazada dado que a las 96 h de vida mejora la función respiratoria y se remiten los signos de dificultad respiratoria espontáneamente al sexto día de vida. Tras dos semanas de vida presenta tumefacción violácea bilateral en canto interno ocular con epífora y secreción mucosa.

El dacriocistocele congénito es una malformación que consiste en una obstrucción del sistema excretor lacrimal<sup>1</sup>, principalmente en la válvula de Hassner (en el *ostium* nasolacrimal) o en la de Rosenmüller (entre el conducto común y el saco lacrimal), y una acumulación de secreción mucosa a dicho nivel con su consecuente dilatación. La mayoría de los casos son asintomáticos, y presentan sólo el 2-6%<sup>2</sup> síntomas de gravedad. Debido a la acumulación de secreciones mucosas puede formarse un mucocele de extensión intranasal que puede causar dificultad respiratoria y/o para la alimentación, o bien en el saco lacrimal, que se manifiesta con tumefacción violácea, epífora y secreción mucosa; ésta es la forma más frecuente. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con atresia de coanas, dacriocistitis o masa nasal (encefalocele, gliomas, hemangiomas)<sup>3</sup> como causas de obstrucción de la vía aérea superior. El tratamiento cuan-



**Figura 2.** Resonancia magnética: masa quística y lobulada, bilateral, que sigue el trayecto del conducto nasolacrimal.

do asocia mucocele intranasal y es sintomático consiste en su extirpación mediante abordaje endoscópico nasal<sup>4,5</sup>. La adquisición de la respiración bucal<sup>6</sup> 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<sup>1,2</sup>. 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 dermatofitos<sup>3-5</sup>.

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 imitar<sup>5</sup>.

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<sup>3,4</sup>.

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*<sup>4,5</sup>. 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 tratamiento<sup>4</sup>.

La clínica es muy variada, puede aparecer de forma localizada o generalizada<sup>6,7</sup>: *a)* dermatofitides liquenoides, pápulas folicu-



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