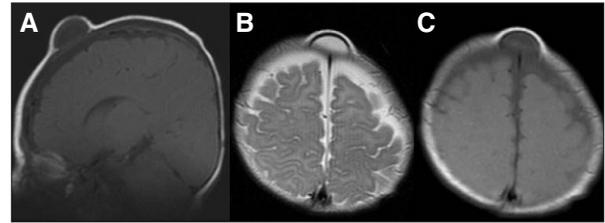


7. Bardallo Cruzado L, Bermúdez de la Vega JA, Jiménez Tejada M. Hipocondroplasia por mutación N540K. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:393-4.
8. Newman DE, Dunbar JC. Hipocondroplasia. *J Can Assoc Radiol*. 1975;26:95-103.
9. Langer LO. Hipocondroplasia. En: Bergsma D, editor. *Birth defects atlas and compendium*. New York: National Foundation-March of Dimes; 1973. p. 513-4.
10. Wynne-Davies R, Patton MA. The frequency of mental retardation in hypochondroplasia. *J Med Genet*. 1991;28:664.



**Figura 1.** RM craneoencefálica, T1 sagital (A) y T2 (B) y DP (C) axial, que muestra la existencia de un proceso expansivo, bien delimitado, localizado en la fontanela anterior, con una intensidad de señal similar a la del líquido cefalorraquídeo.

## Quiste dermoide de la fontanela anterior

*Sr. Editor:*

Existen distintos tipos de lesiones que se pueden presentar como masas localizadas en la cabeza de los niños y que simulan cefaloceles<sup>1</sup>. Cuando estas masas están localizadas en la fontanela anterior, el diagnóstico más frecuente es el de quiste dermoide.

Los quistes dermoides son unas lesiones raras, con una incidencia del 0,1-0,5% de los tumores craneales<sup>2</sup>. Éstos se localizan en la línea media y con frecuencia en la fontanela anterior.

Presentamos el caso de una paciente de 4 meses de edad que presentó un bultoma en la fontanela anterior desde el primer mes de vida.

La paciente nació a las 40 semanas de gestación. Mediante parto natural, sin que se produjeran complicaciones evidentes en el mismo.

En su primer mes de vida se evidenció la presencia de un bultoma en la fontanela anterior, que fue aumentando de tamaño. La tumoración era indolora, consistente y dura a la palpación y con transluminación positiva.

La ecografía transfontanelar mostró la existencia de una estructura situada en la línea media, de 21 × 13,9 × 4,5 mm, superficial y con contenido hipocóico y homogéneo.

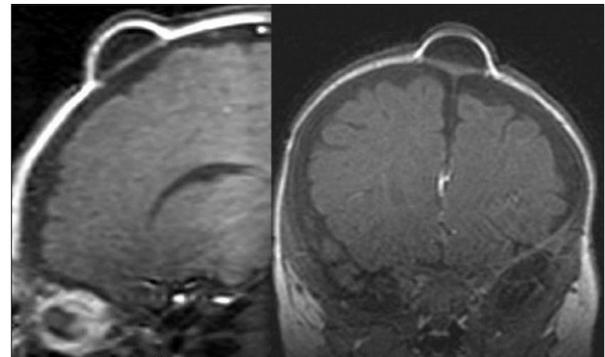
El fondo de ojo y la exploración neurológica resultaron normales.

La resonancia magnética (RM) mostró la existencia de un proceso expansivo quístico (fig. 1), cuyo contenido mostraba una intensidad de señal similar a la del líquido cefalorraquídeo, situado en la fontanela anterior. Estaba recubierto por el cuero cabelludo, sin que existiera dehiscencia de la sutura. Tras la inyección de contraste paramagnético, la citada lesión no presentó captación del mismo (fig. 2).

El 25% de los quistes dermoides craneales se localizan en la fontanela anterior<sup>3</sup>. Los quistes dermoides de la fontanela anterior se presentan casi siempre al nacer o en los primeros meses de vida y presentan un crecimiento lento y progresivo.

El quiste es extracraneal en su totalidad y no presenta comunicación con la cavidad intracraneal<sup>4</sup>. Se presenta como una tumoración de crecimiento lento, localizada a nivel del vértex craneal, blanda e indolora a la palpación.

Los pacientes presentan crecimiento y desarrollo dentro de los límites de la normalidad, sin que se encuentren asociados a anomalías neurológicas o sistémicas<sup>3,6-8</sup>.



**Figura 2.** RM craneoencefálica, secuencia T1 tras la inyección de contraste paramagnético, en planos sagital y coronal, que muestra el proceso quístico localizado en la fontanela anterior, sin realce por el contraste.

La mayor parte de los casos se dan en niños, y existen muy pocos descritos en adultos<sup>8</sup>.

Hay una mayor incidencia de quistes de fontanela anterior en pacientes de raza negra<sup>4</sup>, lo cual no se da en el caso que presentamos. Sin embargo, diferentes estudios no demuestran relación de esta patología con factores raciales<sup>2,3</sup>.

La incidencia de quistes dermoides en esta localización es superior a la de quistes epidermoides<sup>3,9</sup>. Los dermoides son más frecuentes en pacientes de sexo femenino, y tienen el doble de incidencia en los diversos artículos publicados<sup>2,3,7,10</sup>.

Los pacientes presentan típicamente una tumoración consistente e indolora a la palpación, localizada en la línea media del cráneo. El primer diagnóstico diferencial que hay que establecer ante una masa localizada en la fontanela anterior es el encefalocele<sup>5</sup>. Otras lesiones con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial son: meningocele, quiste sebáceo, lipoma, cefalohematoma, linfangioma o hemangioma y *sinus pericrani*<sup>5</sup>.

En los tiempos antiguos se utilizaron diversas técnicas invasivas para determinar la naturaleza de este tipo de lesiones, como punción-aspiración, inyección de medio de contraste en la masa, ventriculografía con aire, neumoencefalografía y cisternografía<sup>4</sup>. Sin embargo, la utilización de la tomografía com-

putarizada (TC) y la RM han abolido el empleo de este tipo de técnicas<sup>5,8</sup>. La TC muestra la presencia de una masa bien definida, que se origina en el cráneo o la duramadre, y presenta un coeficiente de atenuación similar al de los tejidos blandos y con marcado realce tras la administración de contraste yodado<sup>1</sup>. La RM muestra largos tiempos de relajación en T1 y T2, comparada con la sustancia gris.

La TC y la RM son de gran utilidad en el diagnóstico de esta patología, si bien es necesaria la confirmación histológica<sup>1</sup>.

El análisis histológico de estas lesiones muestra la presencia de queratina, folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas, delimitadas por una capa de epitelio escamoso estratificado<sup>2,3,5,7,8</sup>.

El tratamiento de estas lesiones consiste en la resección quirúrgica de las mismas, extirpando la pared del quiste, y su pronóstico es excelente<sup>4</sup>.

**M.ªJ. Gimeno Peribáñez, J.I. Pina Leita,  
R. Lasierra Díaz y B. Carro Alonso**  
Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Zaragoza. España.

**Correspondencia:** Dra. M.ªJ. Gimeno Peribáñez.  
Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: mjgimeno@comz.org

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barkovich AJ. Pediatric neuroimaging. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000.
2. Sonntag VKH, Waggner JD. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanel in a Mexican-American. *Surg Neurol.* 1980; 13:371-3.
3. Pannell BW, Hendrick EB, Hoffman HJ, Humphreys RP. Dermoid cysts of the anterior fontanelle. *Neurosurgery.* 1982;10: 317-23.
4. Aslan Ö, Özveren F, Kotil K, Özdemir B, Kuscuoglu U, Bilge T. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanelle in Turkish children. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2004;44:150-2.
5. Gellis SC, Finegold M, Adeloye A. Congenital subgaleal cyst over the anterior fontanel. *Am J Di Child* 1975;129:843-4.
6. Hamilton HB, Voorhies RM. Tumors of the skull. En: Wilkins RH, Rengachary SS, editors. *Neurosurgery.* Vol. 2. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 1503-28.
7. Hayath S, Seetharam W, Kumari G, Dinakar I, Nightingale F. Congenital dermoid cyst over the anterior fontanelle. *Br J Clin Pract.* 1989;43:119-20.
8. Ojikutu NA, Mordi VPN. Congenital inclusion dermoid cyst located over the region of the anterior fontanel in adult Nigerians. *J Neurosurg.* 1980;52:724-7.
9. Toglia JU, Netski MG, Alexander E. Epithelial (epidermoid) tumors of the cranium. *J Neurosurg.* 1965;23:384-93.
10. Fermín S, Fernández-Guerra RA, López-Camacho O, Álvarez R. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanel in mestizo-mulatto children. *Childs Nerv Syst.* 2001;17:353-5.

## Aislamiento de enterovirus 75 en un paciente con un síndrome febril de origen desconocido

*Sr. Editor:*

Los enterovirus son una gran familia vírica que infecta preferentemente a la población infantil y que da lugar en la mayoría de ocasiones a procesos totalmente asintomáticos. Sin embargo, en un porcentaje no despreciable de casos los enterovirus son los agentes etiológicos más frecuentes causantes de patologías neurológicas (meningitis aséptica, encefalitis) y neuromusculares (parálisis flácida). Otra patología en la que se muestran participantes es en los síndromes respiratorios y los cuadros febriles de origen o etiología desconocida<sup>1,2</sup>.

La complejidad taxonómica de los enterovirus hace que sea difícil conocer qué serotipos son los responsables de cada uno de los procesos patológicos, aunque sí se conoce el predominio de los diferentes géneros (Echovirus, Coxsackievirus A y B y Enterovirus) en algunas patologías determinadas<sup>1,2</sup>.

Los enterovirus están muy distribuidos entre la población humana y el medio ambiente, de modo que progresivamente se van detectando nuevos serotipos con capacidad para infectar al ser humano<sup>2</sup>. En 2004 se reconoció la capacidad del Enterovirus serotipo 75 para infectar al hombre y, desde entonces, se han descrito muy pocos casos de estas infecciones<sup>3</sup>. En España sólo se han comunicado 10 casos de infección por enterovirus 75<sup>4,5</sup> y nos ha parecido oportuno presentar el caso de una niña con un síndrome febril de foco desconocido asociado a la presencia de este nuevo serotipo en el tracto respiratorio.

Niña de un mes y tres semanas de edad que acude a urgencias por presentar fiebre axilar nocturna de 38 °C desde hace unas 5 h asociada a un estado general de irritabilidad y llanto continuo. Al despertarse estaba somnolienta y decaída. Hace 1 semana había presentado un estado catarral con rinitis y tos que no había aumentado en los últimos días. No presentaba antecedentes de interés. La exploración mostró un buen estado general sin exantemas ni petequias. No se observaron alteraciones neurológicas ni focalidades significativas. La analítica sanguínea mostró 12.740 leucocitos/ $\mu$ l (el 57,7% neutrófilos y el 31,6% linfocitos), 468.000 plaquetas/ $\mu$ l y una hemoglobina de 11,5 g/dl. El resto de parámetros fue normal tanto en sangre como en orina.

La niña fue ingresada con el diagnóstico de síndrome febril de origen desconocido y se le tomaron muestras respiratorias (aspirado nasofaríngeo), para la detección rápida del virus respiratorio sincitial (VRS) y gripe y de orina y se realizó una punción lumbar. Ambas detecciones virales fueron negativas y el líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró 2.230 eritrocitos/ $\mu$ l, 2 leucocitos/ $\mu$ l, glucosa 50 mg/dl y proteínas 0,41 g/l. Se administró paracetamol y la fiebre fue normalizándose, de modo que a los 2 días fue dada de alta con un estado afebril.

El urocultivo y el cultivo bacteriano y vírico del LCR fueron negativos; mientras que en el aspirado nasofaríngeo creció a los 3 días un enterovirus<sup>6</sup>. La cepa fue sembrada y enviada al centro de referencia de enterovirus e identificada mediante análisis genómico (RT-PCR) y filogenético del gen *VPI* como enterovirus serotipo 75<sup>4</sup>.

Aunque hasta 2004 no se propuso la denominación filogenética del enterovirus 75, los estudios retrospectivos han demostrado que este serotipo ya había circulado previamente de forma esporádica en Asia, Estados Unidos y África desde por lo me-