
A. Valdivielso Serna

An Esp Pediatr 1998;49:648.

Sr. Director:

Me gustaría hacer unos comentarios a la Carta al Director: "Tramadol en perfusión continua en el tratamiento del dolor moderado-severo: Experiencia en cinco casos", de los autores M. Bueno Campaña y cols.

Los autores hacen una interesante aportación sobre la utilización de tramadol en perfusión continua, de la que aún hay poca experiencia en pacientes pediátricos. A pesar de su bajo techo analgésico, el tramadol puede ser una opción segura cuando el dolor moderado-severo no es controlado por analgésicos no opioides, y, sobre todo cuando no es posible una adecuada monitorización de la consciencia y de la función respiratoria. No obstante, no hay que olvidar que el tramadol es un opioide débil, y que, aunque puede ser usado en determinados pacientes, no debe retrasar o entorpecer la utilización racional de opioides más potentes, ampliamente estudiados y experimentados en la población pediátrica.

Conviene matizar que es incorrecto o por lo menos inexac-

Unidad de Tratamiento del Dolor-Cuidados Intensivos Pediátricos.
Hospital del «Niño Jesús». Madrid.

Réplica

to, argumentar que "los efectos adversos de los opioides no limitan su uso en pediatría", como manifiestan algunos trabajos⁽¹⁾ citados por los autores. Es en realidad el uso inadecuado y el desconocimiento de la farmacodinámica y la farmacocinética de los opioides lo que realmente limita su utilización.

Nuestra experiencia con tramadol es escasa, ya que empleamos con buenos resultados, y sin efectos secundarios graves, fentanilo o cloruro mórfico cuando el dolor moderado-severo no responde a analgésicos-antitérmicos/AINE potentes.

Sin duda, este trabajo fomentará entre los pediatras el empleo del tramadol, un opioide débil, pero relativamente seguro y apropiado en algunos pacientes con dolor moderado-severo, contribuyendo a que el manejo de la analgesia en el niño alcance el mismo nivel que otras disciplinas pediátricas actualmente más desarrolladas. Felicitamos a los autores por esta aportación y esperamos leer pronto nuevos trabajos suyos.

Bibliografía

- 1 Besson JM. Apport du tramadol dans la stratégie thérapeutique de la douleur. *Durgs* 1977; **53**(Suppl 2):63-64.

E. Nagore Enguñados, J.M. Sánchez
Motilla, J.C. Alba Marí*,
M.I. Febrer Bosch

An Esp Pediatr 1998;49:648-649.

Sr. Director:

La eczema plantar idiopática es un cuadro clínico característico definido recientemente por Stahr⁽¹⁾, aunque probablemente conocido por la mayor parte de los facultativos. Se trata de una

Servicios de Dermatología y Pediatría* del Hospital
General Universitario de Valencia.
Correspondencia: Eduardo Nagore Enguñados. C/ Denia, 20-6TM.
46006 Valencia

Eczema plantar idiopática

entidad de manejo sencillo y agradecido por lo que conocer sus peculiaridades permite evitar preocupaciones y tratamientos innecesarios.

Fue atendido por urgencias un varón de 9 años que consultaba por lesiones dolorosas en plantas de los pies de tres días de evolución. Como únicos antecedentes de interés, el paciente presentaba brotes de dermatitis plantar juvenil desde hacía 2 años y su madre era alérgica a la penicilina. En la exploración se encuentran nódulos eritematovioláceos, dolorosos a la presión,



Figura 1. Nódulos eritematovioláceos en la cara lateral interna de la planta del pie.

en la cara lateral interna y en la cabeza del primer metatarsiano de las plantas de los pies (Fig. 1). El paciente refería que el día anterior a la aparición de los nódulos había estado jugando al fútbol con los pies metidos en calzado mojado durante aproximadamente 3 horas. Se practicó una biopsia cutánea de una de las lesiones. El estudio histológico reveló la presencia de un infiltrado nodular compuesto, fundamentalmente, por neutrófilos alrededor de los acini secretores de las glándulas ecrinas (Fig. 2). Al paciente le fue recomendado reposo con el que las lesiones se resolvieron paulatinamente de forma espontánea en 10 días sin secuelas.

Hasta hace poco tan sólo 10 casos habían sido descritos en la literatura⁽¹⁻³⁾. Sin embargo, un trabajo reciente de revisión de 22 casos recogidos durante un período de 3 años, refleja con mayor claridad la incidencia real de esta patología⁽⁴⁾.

La ecrinitis plantar idiopática aparece casi exclusivamente en niños sanos entre los 2 y 15 años (predominantemente entre los 2 y los 6 años) con dos picos estacionales, en otoño y en primavera. El cuadro clínico es bastante característico y cursa con la aparición de nódulos dolorosos eritematosos bilaterales en las plantas de los pies. Existe algún caso descrito de distribución unilateral o en palmas^(3,4). En raras ocasiones puede acompañarse de febrícula (< 38°C). Las lesiones evolucionan espontáneamente hacia la resolución en unas pocas semanas (entre 2-21 días tras el inicio)⁽⁴⁾. En la mayor parte de los casos se encuentra una relación con el ejercicio físico realizado con calzado cerrado y en condiciones de humedad elevada. Por ello, aunque la etiopatogenia es todavía desconocida, se postula que el traumatismo mecánico o térmico originado por esta situación, daría lugar a una ruptura de la glándula ecrina con la consiguiente liberación de citoquinas y quimiotaxis neutrofílica⁽⁴⁾. Su presentación característica en estas edades tempranas sugiere así mismo, que un cierto grado de inmadurez funcional podría tener algún papel patogénico importante.

Los hallazgos histológicos son característicos y consisten en la presencia de infiltrados nodulares, compuestos predomi-

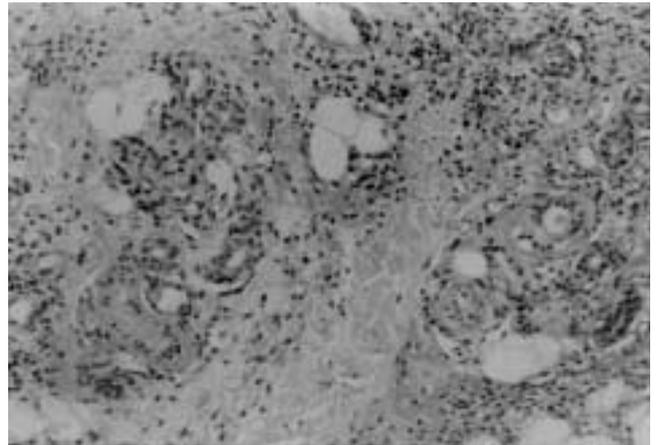


Figura 2. Infiltrado nodular compuesto, fundamentalmente, por neutrófilos alrededor de los acini secretores de las glándulas ecrinas (HE; 100 X).

nantemente por neutrófilos, alrededor de los acini secretores de las glándulas ecrinas. En dermis media y profunda puede encontrarse un discreto infiltrado perivascular sin vasculitis. Las características histológicas son de gran ayuda diagnóstica en aquellos casos en los que existan dudas, especialmente cuando la historia clínica es poco clara o el período de evolución es excesivamente prolongado (más de 1-2 semanas).

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otras entidades que cursan clínicamente con lesiones similares. Se realizará fundamentalmente con la urticaria plantar traumática (relacionada con traumatismos mecánicos, pero sin afectación histológica de las glándulas ecrinas), el eritema multiforme (lesiones en diana, fiebre y artralgias, leucocitosis y sin afectación histológica de las glándulas ecrinas), eritema nodoso (afectación de las piernas habitualmente, leucocitosis, paniculitis septal), síndrome de Sweet (fiebre y malestar general, leucocitosis, histología característica sin afectación predominante de glándulas ecrinas), perniosis (en relación con el frío y afectación vascular con edema endotelial, sin afectación de glándulas ecrinas).

La actitud debe ser conservadora dado que se trata de un cuadro benigno autolimitado.

Es aconsejable el reposo y, si la sintomatología es importante, son de ayuda los antiinflamatorios no esteroideos.

Bibliografía

- 1 Stahr BJ, Cooper PH, Caputo RV. Idiopathic plantar hidradenitis: a neutrophilic eccrine hidradenitis occurring primarily in children. *J Cutan Pathol* 1994; **21**:289-296.
- 2 Rabinovitz LG, Cintra ML, Hood AF, Esterly NB. Recurrent palmo-plantar hidradenitis in children. *Arch Dermatol* 1995; **131**:817-820.
- 3 Pereda J, Abbad E, Ruffin J, Ortiz S, González J, Requena L. Idiopathic palmar hidradenitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995; **5**(suppl 1):144.
- 4 Simon M, Cremer H, von den Driesch P. Idiopathic recurrent palmo-plantar hidradenitis in children. Report of 22 cases. *Arch Dermatol* 1998; **134**:76-79.