

F.J. Márquez Rivas, C. Borque Andrés,
R. Merino Díaz¹, M.L. Vidal López

An Esp Pediatr 1997;46:280-282.

Caso clínico

Niña de cinco años, previamente sana y con el único antecedente de presentar siete días antes de la consulta erupción vesículo-papulosa típica compatible con varicela, que acude a nuestro servicio de urgencias por dolor de inicio brusco a nivel de muslo derecho.

En este instante no fue posible determinar ningún tipo de patología que justificara la clínica y la paciente fue dada de alta, con la recomendación de volver a consultas si el cuadro se prolongaba o aparecía nueva sintomatología. Al día siguiente, al mantenerse las molestias y aparecer además fiebre elevada, se consulta nuevamente en nuestro servicio de urgencias. En este momento, la evaluación muestra ya limitación a la movilidad de la rodilla derecha y sensibilidad a la palpación a dicho nivel. Con el diagnóstico de presunción de artritis séptica de rodilla, la paciente es ingresada en nuestra unidad de infecciosos.

A su llegada a nuestro servicio la paciente está alerta y es colaboradora. El examen cutáneo únicamente mostraba lesiones típicas de varicela en resolución en escaso número. Sólo dos vesículas situadas en la mano y el pie derecho presentaban aspecto melicérico. Existía clara sensibilidad, con aumento de temperatura local e hinchazón de la pantorrilla (25 cm de circunferencia comparado con 21 cm del lado izquierdo), así como dolor a la flexión dorsal del pie (signo de Homans's positivo). La evaluación articular de la rodilla no arrojaba datos de interés.

Los análisis de laboratorio practicados en el momento del ingreso arrojaron los siguientes resultados: Hemograma: 13.480 leucocitos/mm³ con 46% neutrófilos y un 42% de formas en banda. Contaje plaquetario 43.000 / mm³. VSG 50 mm / hora.

Las radiografías practicadas de la pierna derecha fueron normales, pero el estudio flebográfico de urgencia reveló una imagen sugestiva de trombosis a nivel del vaso tibial anterior y con significativo aumento de la circulación colateral (Fig 1).

Una vez establecido el diagnóstico de certeza de tromboflebitis del sistema venoso profundo se comenzó tratamiento antibiótico empírico, con altas dosis de cloxacilina, así como anticoagulación con heparina en infusión continua.

Trombosis venosa profunda en un niño con varicela como forma de presentación de sepsis estreptocócica

En este momento, las lesiones melicéricas referidas en la exploración inicial se presentaban ya como francamente purulentas. Los cultivos recogidos de líquido vesicular y los hemocultivos, tomados en el área de urgencias, fueron todos positivos para un *Streptococo* β -hemolítico del grupo A.

Otros hallazgos de laboratorio relevantes fueron los siguientes: Haptoglobina 1.184 mg/dl. Proteína C Reactiva: 20 mg/dl. ASLO 200 UI/ml. Anticuerpos antinucleares negativos. Anticuerpos anticardiolipina: IgG 14 (bajo), IgM 25 (medio). AST 86 UI, ALT 37 UI, LDH 1.628 UI, Creatinina 0,6 mg/dl. Albúmina 3,1 g/dl, Proteínas totales 6,3 g/dl. Proteínas C y S, Antitrombina III, TP y TPT normal. Fibrinógeno 538 mg/dl.

En los días siguientes, se instaura celulitis del antebrazo y brazo derecho e hinchazón progresiva de cadera izquierda. El aspirado articular de la cadera afecta mostró 5 ml de un líquido opaco y viscoso con 23.000 células/ml (98% neutrófilos) en el conteo diferencial. Los cultivos fueron negativos.

La fase de flujo y de relleno venoso de la gammagrafía ósea con tecnecio y galio reveló hipercaptación de la zona intertrocanterica del fémur izquierdo, confirmando el diagnóstico de osteomielitis a dicho nivel (Fig 2). Se inició tratamiento con reposo estricto en cama, agregándose penicilina y cefotaxima al tratamiento antibiótico según los resultados del antibiograma.

La paciente completó un ciclo de 5 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso, más 4 semanas de tratamiento antibiótico oral con cultivos reiteradamente negativos. La infusión de heparina se sustituyó por heparina de bajo peso molecular a las 4 semanas del establecimiento del diagnóstico, permitiéndose, asimismo, la deambulacion con apoyo progresivo.

La evolución intrahospitalaria fue satisfactoria salvo por cuadro de fiebre, exantema y aumento de enzimas hepáticas que desapareció tras retirar el tratamiento con cefotaxima. Al alta los controles de laboratorio se habían normalizado completamente y las revisiones a los tres, seis y doce meses han sido completamente normales.

Discusión

La varicela es una enfermedad exantemática de etiología viral común en niños que habitualmente cursa sin incidencias. En los últimos tiempos, sin embargo, aumenta el número de publicaciones en la literatura en relación con complicaciones serias alrededor de esta enfermedad^(1,2).

Servicio de Infecciosos Pediátricos. ¹Unidad de Reumatología Infantil. Hospital Infantil "La Paz". Madrid

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Márquez Rivas.
Cerro 40 chicas, 23. Montequinto. 41089 Sevilla.

Recibido: Abril 1996

Aceptado: Diciembre 1996



Figura 1. Flebografía: Trombosis venosa profunda a nivel tibial anterior con aumento de circulación colateral.

Por otra parte, la incidencia de infecciones por estreptococos de carácter invasivo presenta un aumento similar⁽³⁾.

La tromboflebitis de las venas del sistema profundo es, dentro de las anteriores, una rara complicación, y más aún si es considerada como la forma de presentación inicial. Cohen-Abbo y cols. han presentado un caso similar que ha sido considerado por los autores como el primer caso recogido en la literatura en lengua inglesa. Estamos de acuerdo con la hipótesis que plantean, en la que estos nuevos hallazgos estarían en relación con el aumento en la incidencia de severas infecciones estreptocócicas en pacientes inmunocompetentes⁽⁴⁾.

Otras posibilidades etiológicas recogidas en la literatura como deficiencias en los inhibidores fisiológicos de la coagulación⁽⁵⁾, terapia intravenosa⁽⁶⁾ o traumatismo⁽⁷⁾ fueron excluidos del diagnóstico diferencial. El trabajo de Díez y cols. en nuestro país llama la atención sobre otras posibilidades, como el absceso intraabdominal o el síndrome de Cokett en la cirugía abdominal previa, y remarca la diversidad de aspectos que han de tenerse en cuenta ante un niño que se presenta con trombosis venosa profunda⁽⁸⁾. Arisoy y cols. presentan un caso de tromboflebitis primaria por estafilococos del sistema venoso profundo en la que la enfermedad en el paciente se presenta paralelamente a una osteomielitis al mismo nivel⁽⁹⁾. En nuestro ca-

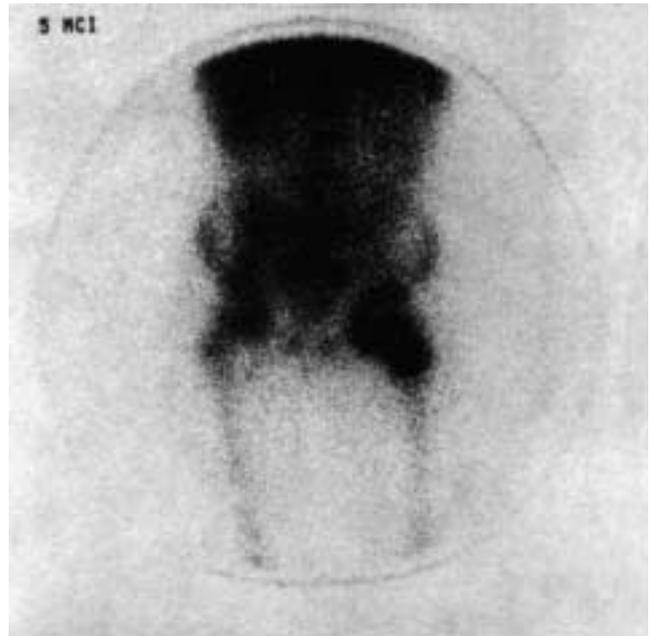


Figura 2. Gammagrafía ósea: Hiper captación sobre zona intertrocanterica de fémur izquierdo.

so, sin embargo, la trombosis venosa fue la forma de presentación, evidenciando los posteriores hallazgos de osteomielitis de cadera *contralateral* y de celulitis superficial del *miembro superior* la diseminación de la infección estreptocócica.

A pesar de la similar presentación con otros casos publicados, afortunadamente el diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento empírico inmediato en nuestro paciente permitieron el control de la infección diseminada.

El diagnóstico clínico es complejo en niños, tanto por su tamaño como por el alto grado de sospecha clínica necesaria para establecerlo. Si bien la ecografía abdominal es de elección en la sospecha de trombosis venosa esplenoportal, de la cava inferior o del sistema ilíaco, esta prueba no es de utilidad en la afectación distal por lo que, únicamente con la sospecha clínica consideramos que está indicada la realización de una venografía urgente⁽¹⁰⁾. Muestras de sangre y de todas las lesiones potencialmente sospechosas deben recogerse y cultivarse *incluso si no tienen aspecto purulento*. Después del período inicial pueden no obtenerse ya cultivos positivos, debido a la sensibilidad extrema de los estreptococos a la penicilina y derivados, como ocurrió posiblemente con los cultivos articulares.

Altas dosis de penicilina en asociación con cefotaxima fue la antibioterapia administrada. La determinación de este tratamiento se realizó en función de la sensibilidad del cultivo en antibiograma.

Empleamos la infusión continua de heparina dosificada en función del TPT como tratamiento antitrombótico. Consideramos preferible su uso frente a los dicumarínicos, por su amplia variabilidad en la respuesta y por las grandes cantidades que se requieren en niños en algunos casos.

A modo de conclusión consideramos que los Estreptococos β -hemolíticos del grupo A son una importante enfermedad piogénica en niños que aumenta en incidencia, severidad y formas de presentación^(11,12). La infección por Estreptococos debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la trombosis venosa profunda en niños.

Bibliografía

- 1 Preblud SR, Orenstein WA, Bart JK. Varicella: Clinical manifestations, epidemiology and health impact in children. *Pediatr Infect Dis* 1984; **3**: 505-509.
- 2 Englund JA. Varicella-zoster virus infections. En: Kaplan SL ed. Current therapy in pediatric infectious disease. 3ª ed. St Louis: BC Decker 1993: 265-269.
- 3 Ginever LB, Abramson JS, Waslaucas B. Apparent increase in the incidence of invasive group A β -hemolytic streptococcal disease in children. *J Pediatr* 1991; **118**: 341-346.
- 4 Cohen-Abbo A, Harper MB. Case report: Streptococcal toxic shock syndrome presenting as septic thrombophlebitis in a child with varicella. *Ped Inf Dis J* 1993; **12**: 1033-1034.
- 5 Khaldi F, Toumi NH, Ben Jaballah N, Zriba S, Ben Naceur B. Déficiés des inhibiteurs physiologiques de la coagulation dans les thromboses veineuses des membres inférieurs de l'enfant: Etude prospective de six cas. *Ann Pédiatr* 1993; **40**: 348-352.
- 6 Berkowitz FE, Argent AC, Baise T. Suppurative thrombophlebitis: a serious nosocomial infection. *Pediatr Infect Dis J* 1987; **6**: 64-67.
- 7 Mc Bride WJ, Gadowsky GR, Keller MS et al. Pulmonary embolism in pediatric trauma patients. *J Trauma* 1994; **37**: 913-915.
- 8 Díez R, Casanova A, Delgado J, Alvarez G, Prieto M. Complicaciones vasculares postapendicectomía en la edad pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 270-272.
- 9 Arisoy ES, Correa-Calderon A, Kaplan SL. Primary deep venous septic thrombophlebitis in a child. *J Pediatr* 1994; **124**: 439-441.
- 10 David M, Andrew M. Venous thromboembolic complications in children. *J Pediatr* 1993; **123**: 337-345.
- 11 Schwartz B, Facklam RR, Breinman RF. Changing epidemiology of group A streptococcal infections in the USA. *Lancet* 1990; **336**: (1) 167-171.
- 12 Rathore MH, Barton LL, Solberstein M et al. Iliacus muscle abscess in a child. *Clin Pediatr* 1991; **29**: 710-712.