

necesario sea tenido en cuenta su posible efecto facilitador de la infección local por EBGA. Desconocemos si estas consideraciones pueden hacerse extensivas a los antiinflamatorios no esteroideos (diclofenato) aplicados localmente en esta enfermedad⁸.

**J. Guerrero Fernández^a, J. Guerrero Vázquez^b
y F. Russo de la Torre^b**

Servicios de Pediatría. ^aHospital Infantil La Paz. Madrid.

^bHospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Correspondencia: Dr. J. Guerrero Fernández.
Isla Paragua, 19, 1º B. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: jguerrerof@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Kokx NP, Comstock JA, Facklam R. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics* 1987;24:659-62.
2. Deliyanni VA, Boniatsi LS, Photinou AS. Balanitis caused by Group A beta-hemolytic streptococcus in an 8-year-old boy. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:61-2.
3. Kyriazi NC, Costenbender CL. Balanitis por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A: puede ser más frecuente de lo que se piensa. *Pediatrics* (ed. esp.) 1991;32:27-8.
4. Guerrero Vázquez J, Sebastián Planes M, De Paz Aparicio P, Garcés Ramos A, Luengo Casasola JL, Valera Pascual MT, et al. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. *An Esp Pediatr* 1989;3:198-200.
5. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanopostitis: A study of five cases. *Pediatr Dermatol* 1994;11:168-71.
6. Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol* 1999;162:861-3.
7. Garat JM. Manejo conservador del prepucio. *Rev Ped Atenc Prim* 2001;3:73-81.
8. Atilla MK, Dundaroz R, Odabas O, Ozturk H, Akin R, Gokçay E. A non surgical approach to the treatment of phimosis: Local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. *J Urol* 1997;158:196-7.
9. Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. *Ped Surg Int* 1993;8:329-42.
10. Spear RM, Rothbaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC, Rosenblum JL. Perianal streptococcal cellulitis. *J Pediatr* 1985;107:557-9.

Rotura espontánea de bazo secundaria a mononucleosis infecciosa

Sr. Editor:

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad causada por el virus de Epstein-Barr (VEB), que afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes. El dolor abdominal es un síntoma que aparece ocasionalmente, sobre todo, en niños pequeños¹⁻⁴. Es frecuente la aparición de adenopatías dolorosas, de predominio laterocer-

vical, hepatomegalia (10%) y esplenomegalia (50%). El tratamiento es sintomático. La esplenomegalia puede favorecer la rotura espontánea de bazo que lleva al paciente a una situación de riesgo vital por el shock secundario al sangrado masivo en peritoneo.

Niña de 14 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico brusco, sin náuseas ni vómitos, de 6 h de evolución. Recibía tratamiento con amoxicilina por padecer un cuadro de fiebre de 39 °C, disfgia y odinofagia intensas y tos productiva. La exploración muestra una paciente consciente y con leve palidez cutánea. Se palpaban adenopatías laterocervicales y submandibulares rodaderas, dolorosas, de 1 a 3 cm de diámetro. Tenía una faringoamigdalitis con membranas blanco-grisáceas de gran tamaño y dolor abdominal de predominio epigástrico que era más evidente en la palpación profunda. Se palpaba el bazo 5 cm por debajo del reborde costal izquierdo. La frecuencia cardíaca y respiratoria así como la presión arterial eran normales. El hemograma demostraba anemia (hemoglobina, 9,9 g/dl) y 16.200 leucocitos/ μ l (61,5% linfocitos). Bioquímica con ASAT de 102 U/l y ALAT de 144 U/l, siendo el resto normal. El mono-test resultó positivo, así como la confirmación posterior con anticuerpos VCA-IgM.

En las horas siguientes la paciente permaneció estable hemodinámicamente y la exploración abdominal era similar pero había empeorado su estado general y era más evidente la palidez cutáneo-mucosa. La hemoglobina había descendido (7,4 g/dl). Dada la sospecha de rotura esplénica con anemia progresiva, se decidió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), se transfundieron 2 concentrados de hematíes, se realizó una ecografía abdominal y una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica. La ecografía mostraba un hígado levemente aumentado de tamaño, una esplenomegalia de 14,5 cm y la presencia de líquido hemático perihepático, periesplénico y en fondo de saco de Douglas compatible con hemoperitoneo secundario a rotura esplénica. La TC abdominopélvica (fig. 1) confirmaba los hallazgos ecográficos. Dada la estabilidad hemodinámica se decidió mantener una actitud expectante, con tratamiento sintomático de la mononucleosis infecciosa y reposo absoluto en cama. Los controles analíticos posteriores mostraron desde el primer día una tendencia al alza de las cifras de hemoglobina. No precisó nuevas transfusiones. Se realizaron dos TC de control que demostraban la desaparición progresiva del líquido libre abdominal (fig. 2).

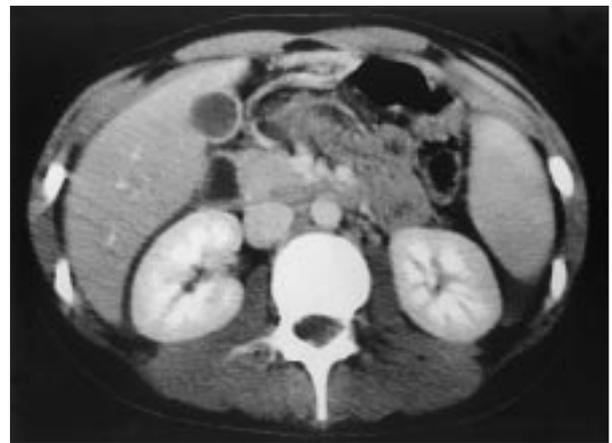


Figura 1. TC abdominal que demuestra líquido libre perihépatico y periesplénico. No es posible apreciar la zona de rotura esplénica.

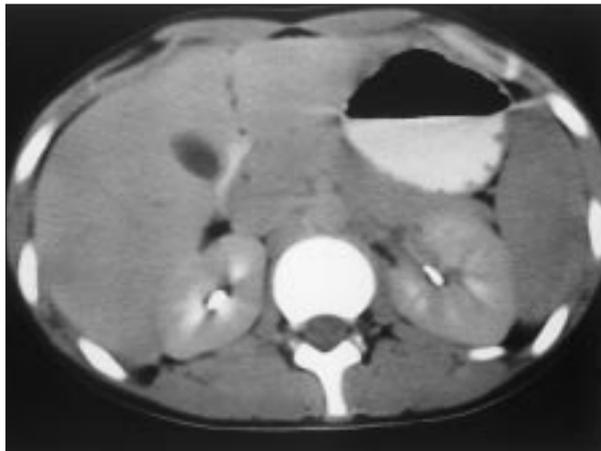


Figura 2. TC abdominal de control que demuestra la desaparición del líquido libre peribepático y periesplénico.

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad habitualmente benigna. Sin embargo, es preciso tener en cuenta la existencia de posibles complicaciones. La rotura espontánea del bazo es una complicación muy infrecuente, con una incidencia según los autores entre el 0,1 y 0,5%^{1,2,4}, pero representa la causa más frecuente de muerte en esta enfermedad. La primoinfección por VEB en niños pequeños es, con frecuencia, asintomática. El dolor abdominal es un síntoma que aparece en el 2-14% de los pacientes. Por este motivo, cuando aparece debería hacer sospechar la existencia de rotura esplénica, sobre todo si se acompaña de síntomas de inestabilidad hemodinámica. Aunque es muy sugestivo un cuadro de instauración brusca con anemia aguda y/o shock hemodinámico en la fase aguda, entre el 5-20% de los casos se produce una rotura esplénica diferida hasta 3 semanas desde el inicio de la enfermedad¹. El dolor torácico izquierdo o irradiado al hombro del mismo lado y que aumenta con la inspiración (signo de Kehr) es indicativo de hemoperitoneo. El diagnóstico debe confirmarse por medio de técnicas de imagen como la ecografía o la TC³⁻⁷.

La rotura del bazo, aunque puede ocurrir sin antecedente traumático previo, se ve favorecida con mínimos traumatismos que tienden a pasar inadvertidos (tos, defecación, vómitos, marcha, maniobras exploratorias, etc.). Por ello, es aconsejable el reposo total durante la fase aguda, al menos durante un mes, y evitar los deportes de contacto durante al menos 3 meses⁸.

El manejo de un paciente con mononucleosis infecciosa que ha sufrido una rotura de bazo está sometido a una gran controversia. La esplenectomía de urgencia es sólo aconsejable en pacientes inestables hemodinámicamente^{1,9,10}. Sin embargo, en aquellos pacientes estables hemodinámicamente se tiende a adoptar una actitud más conservadora (que previene el desarrollo posterior de complicaciones infecciosas por la asplenia) con reposo absoluto y observación estrecha en la UCIP (si no, estaría indicado el traslado del paciente) con controles analíticos al menos cada 8-12 h^{4,6,8,10}. Algunos de estos pacientes pueden ser intervenidos posteriormente si la actitud inicial se muestra ineficaz y reaparecen nuevos sangrados con repercusión hemodinámica o descubiertos por la ineficacia de las transfusiones iniciales practicadas.

**A. Carrillo Herranz, N. Ramos Sánchez,
I. Sánchez Pérez y C. Lozano Giménez**

Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal.
Madrid. España.

Correspondencia: Dr. A. Carrillo Herranz.
Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar Viejo, km 9,100. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: angel_carrillo@eresmas.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Farley DR, Zietlow SP, Bannon MP, Farnell MB. Spontaneous rupture of the spleen due to infectious mononucleosis. *Mayo Clin Proc* 1992;67:846-53.
2. Asgari MM, Begos DG. Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis: A review. *Yale J Biol Med* 1997;70:175-82.
3. Huebner S, Reed MH. Analysis of the value of imaging as part of the follow-up of splenic injury in children. *Pediatr Radiol* 2001;31:852-5.
4. Ferrero OL, Redondo MJ, Sánchez LA, Oleaga A, Elorza R. Síncope y anemia aguda en mujer joven con fiebre y adenopatías. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:75-6.
5. Conthe P, Cilleros CM, Urbeltz A, Escat J, Gilsanz C. Spontaneous splenic rupture: Surgical or conservative treatment? *Am Med Interna* 1997;14:625-6.
6. Paar WD, Look MP, Robertz Vaupel GM, Kreft B, Hirner A, Sauerbruch T. Non-operative management in a case of spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis. *Z Gastroenterol* 1995;33:13-4.
7. Blaivas M, Quinn J. Diagnosis of spontaneous splenic rupture with emergency ultrasonography. *Ann Emerg Med* 1998;32:627-30.
8. Badura RA, Oliveira O, Palhano MJ, Borregana J, Quaresma J. Spontaneous rupture of the spleen as presenting event in infectious mononucleosis. *Scand J Infect Dis* 2001;33:872-4.
9. Ali J. Spontaneous rupture of the spleen in patients with infectious mononucleosis. *Can J Surg* 1993;36(1):49-52.
10. Guth AA, Pachter HL, Jacobowitz GR. Rupture of the pathologic spleen. Is there a role for nonoperative therapy? *J Trauma* 1996;41:214-8.

Nueva indicación de las vacunas antineumocócicas

Sr. Editor:

La interesante carta de Chicano Marín et al¹ sobre el uso de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente en una paciente afectada de meningitis neumocócica recurrente, plantea la vacunación complementaria con esta vacuna de una niña ya inmunizada con la no conjugada 23-valente. La enferma, portadora de una fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), pertenece a uno de los grupos de riesgo de enfermedad neumocócica invasora en los que está indicada la inmunización antineumocócica.