

involución. Los angiomas congénitos pueden ser no involutivos o rápidamente involutivos y, finalmente, angioblastomas y hemangioendoteliomas kaposiformes pueden involucionar o no. De cualquier manera, antes de decidir el tratamiento conservador, la administración de esteroides, interferón o la extirpación quirúrgica es razonable biopsiar la lesión, realizar estudio inmunohistoquímico con el marcador Glut-1 y determinar el factor de crecimiento de fibroblastos en orina (b-FGF) para tipificar el tipo de tumor ante el que nos encontramos y valorar las posibilidades de respuesta al tratamiento farmacológico y decidir la abstención terapéutica o la resección del mismo.

**J.C. López Gutiérrez**

Departamento de Cirugía Pediátrica.  
Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

**Correspondencia:** Dr. J.C. López Gutiérrez.  
Pº de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.  
Correo electrónico: queminfantil@hulp.insalud.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos R, Campos L. Uso de interferón alfa en el síndrome de Kasabach-Merritt. *An Esp Pediatr* 2002;56:582-3.
2. Enjolras O, Mulliken JB, Wassef M, Frieden IJ. Residual lesions after Kasabach-Merritt phenomenon in 41 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:225-35.

## Absceso esplénico de origen brucelar

*Sr. Editor:*

La brucelosis es una zoonosis causada por una de las cuatro especies de *Brucella*, que infectan al ser humano: *mellitensis*, *abortus*, *suis* y *canis*. Son microorganismos intracelulares facultativos, capaces de evadir los mecanismos defensivos del huésped y sobrevivir en el interior de las células fagocíticas por períodos prolongados<sup>1,2</sup>.

Se presenta un varón de 11 años, con un cuadro febril de predomino vespertino, y astenia de 4-5 días de evolución.

En los antecedentes familiares, destaca el contacto habitual con ganadería caprina. Entre los antecedentes personales, el escolar fue diagnosticado de brucelosis 6 meses antes en otro hospital, con rosa de Bengala (positiva) y hemocultivo (negativa). Siguió tratamiento con estreptomycin durante 15 días y doxiciclina durante 6 semanas.

A la exploración física destacaba un abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin esplenomegalia evidente y con tendencia a actitud escoliótica izquierda.

En las exploraciones complementarias las determinaciones analíticas resultaron normales (hemograma, bioquímica, enzimas hepáticas, proteína C reactiva, sedimento y urocultivo).

Los hemocultivos seriados practicados resultaron negativos y la serología con aglutinación directa a *Brucella* positiva (1/160), test brucellacapt positivo (1/2.560) y rosa de Bengala positivo (1/4).

En la ecografía abdominal se observó bazo aumentado de tamaño, con áreas hipoecoicas en periferia de polo inferior de aproximadamente 18 mm (fig. 1).

La tomografía computarizada (TC) abdominal: área hipodensa en zona periférica de polo inferior de bazo, con afectación de grasa circundante, compatible con absceso esplénico (fig. 2). La resonancia magnética (RM) de columna lumbosacra: normal.

Se inició terapia con gentamicina, doxiciclina y rifampicina. Con este tratamiento se consiguió la remisión del proceso febril a las 72 h. Se mantuvo el tratamiento con el aminoglucósido durante 15 días, y doxiciclina más rifampicina durante 6 semanas.

Actualmente se practica control serológico cada 6 meses, durante los cuales se ha observado un descenso de los títulos de anticuerpos, con evolución favorable.

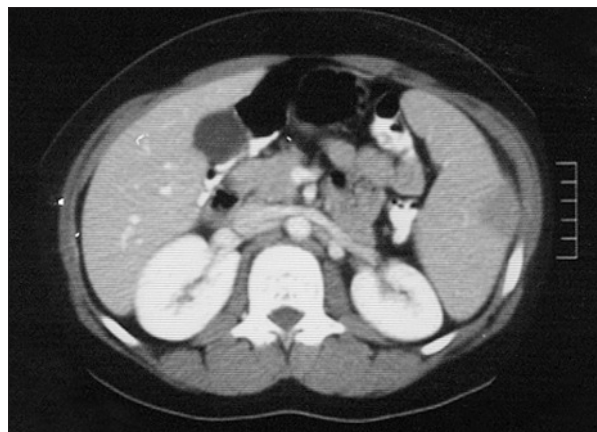
La brucelosis es una zoonosis caracterizada por fiebre ondulante y diversa sintomatología asociada<sup>1</sup>. Las formas focales se presentan en aproximadamente el 33% de los enfermos, teniendo mayor riesgo de evolución desfavorable<sup>2,3</sup>.

La formación de abscesos es más frecuente en infecciones causadas por *B. suis*, y son muy raras en infecciones por *B. melitensis*<sup>2</sup>.

Los abscesos esplénicos constituyen procesos poco frecuentes, cuya incidencia en autopsias se cifra entre el 0,2 y el 0,7%, por ello son escasas las publicaciones al respecto<sup>2</sup>.



**Figura 1.** Imagen hipoecoica de 18 mm en periferia de polo inferior de bazo.



**Figura 2.** TC abdominal con área hipodensa en zona periférica de bazo, con afectación de grasa circundante.

El diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica, mediante el aislamiento de *Brucella* en el hemocultivo, cultivo de médula ósea u otros tejidos. No obstante, la positividad de los cultivos, según las series, es del 20-50% en 1-4 semanas.

En cuanto a los métodos serológicos, el más empleado es la seroaglutinación. En ésta, un único título no puede considerarse diagnóstico, pero títulos iguales o superiores a 1/160<sup>4</sup>, como en nuestro caso, son indicativos de infección activa.

El rosa de Bengala es una prueba de aglutinación rápida, con buena sensibilidad y especificidad, que resulta de gran utilidad en el diagnóstico inicial de la enfermedad. Sus títulos se mantienen elevados tras un tratamiento correcto, por lo que no es válida para el seguimiento de estos pacientes.

El test de Coombs antibrucelar y el Immunecapture-Agglutination Test (Brucellacapt) presentan una gran concordancia<sup>4</sup> en cuanto a especificidad en el diagnóstico de brucelosis a títulos mayores de 1/160, detectando anticuerpos brucelares de tipo IgG<sup>2</sup>.

Nuevas técnicas para el diagnóstico de *Brucella* como la reacción en cadena de la polimerasa, que presenta una sensibilidad y especificidad en algunos casos de hasta el 100%, puede ser útil para establecer criterios de curación y el diagnóstico de recaídas, hasta ahora difícil de detectar con los cultivos y métodos serológicos<sup>5,10</sup>.

Dentro de los métodos de imagen para el diagnóstico de abscesos esplénicos, la TC ofrece una sensibilidad mucho mayor que la ecografía, con un rendimiento del 95%, si bien la ecografía puede ser interesante por su disponibilidad y bajo coste<sup>3</sup>.

Los signos clínicos del absceso esplénico pueden pasar desapercibidos por la propia sintomatología de la brucelosis, por lo que algunos autores como Ates et al<sup>6</sup> refieren que muchos abscesos responderán a una terapia antibiótica específica, pasando en la mayoría de los casos desapercibidos, postulando por ello la práctica sistemática de ecografía esplénica en todos los enfermos con brucelosis<sup>6</sup>.

En cuanto al tratamiento, se considera de primera elección la doxiciclina durante 45 días asociada con un aminoglucósido los primeros 14 días. Se añade rifampicina durante 45 días para reducir la tasa de recidivas y por la afectación focal esplénica<sup>7-9</sup>.

El empleo exclusivo de terapia médica puede resultar eficaz en las fases más tempranas de la enfermedad y con escaso tamaño del absceso. La esplenectomía estaría indicada ante una falta de respuesta a terapia antibiótica<sup>3</sup>.

**J.A. Cózar Olmo<sup>a</sup>, M.J. Díaz Torres<sup>a</sup>,  
M.J. Cuenca Burgos<sup>a</sup>, F. Sánchez García<sup>a</sup>  
y G. Lomeña Álvarez<sup>b</sup>**

Servicios de <sup>a</sup>Pediatría  
y <sup>b</sup>Radiodiagnóstico.  
Hospital Comarcal La Inmaculada.  
Huércal-Overa. Almería. España.

**Correspondencia:** Dr. J.A. Cózar Olmo.  
Ctra. de La Estación. Urbanización Alameda. Dúplex 2.  
04600 Huércal-Overa. Almería. España.  
Correo electrónico: jcozarolmo@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bertrán Sangós JM, Brucelosis. En: Cruz M, editor. *Pediatría*. Madrid: Ergón, 2001; p. 495-8.
2. Urrutia A, Contel E, Rego J, Rey-Joly C. Splenic brucellosis related abscess. *Med Clin* 2000;13;114:717-8.
3. Calderón Amigo R, Corell Planelles R, Todolí Tomás G, Navarro Roldán J, et al. Fístula esplenopleural secundaria a absceso brucelósico. *Cir Esp* 1998;63:318-20.
4. Orduña A, Almaraz A, Prado A, et al. Evaluation of an immunocapture agglutination test (Brucellacapt) for Serodiagnosis of human brucellosis. *J Clin Microbiol* 2000;38:4000-5.
5. Matad GM, Khneiser IA, Abdelnoor AM, Rapid laboratory confirmation of human brucellosis by PCR analysis of a target sequence on the 31 kilodalton *Brucella* antigen DNA. *Jour Clin Microb* 1996;34:477-8.
6. Ates KB, Dolar MB, Karahan M, Temucin GY, Onaran L. *Brucella melitensis* splenic abscess sonographic detection and follow-up. *J Clin Ultrasound* 1992;20:349-51.
7. Solera J, Martínez Alfaro E, Espinosa A. Recognition and optimum treatment of brucellosis. *Drugs* 1997;53:245-56.
8. Sanchez Tamayo T, Colmenero JD, Martínez Cortes F, Moreiras A, et al. Failure of short term antimicrobial therapy in childhood brucellosis. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:323-4.
9. Red Book. American Academy of Pediatrics. Brucellosis. En: Pickering LK, editor. 2000. Report of the Committee on Infectious Disease, 25<sup>a</sup> ed. (ed. esp.). Barcelona: Medical Trends, 2001;197-9.
10. Queipo Ortuño MJ, Morata P, Ocon P, Manchado P, Colmenero JD. Rapid diagnosis of human brucellosis by peripheral blood PCR Assay. *J Clin Microb* 1997;35:1927-30.