

## Fascitis necrosante y varicela ¿una asociación potenciada por el ibuprofeno?

Sr. Editor:

La fascitis necrosante define una necrosis masiva de la fascia subcutánea con erosión del tejido subdérmico, constituyendo un cuadro patológico que provoca, casi indefectiblemente, una alta toxicidad.

Es una entidad clínica poco frecuente en niños, siendo la varicela uno de los factores predisponentes más frecuentes. En un estudio realizado por Kaul et al<sup>1</sup> se observó esta relación hasta en el 50% del grupo de niños analizados.

Se presenta el caso de una niña preescolar no inmunodeprimida que en el transcurso de un cuadro de varicela presentó como complicación infecciosa fascitis necrosante por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A.

Paciente mujer de 4 años de edad, previamente sana, que acudió a nuestro hospital por un cuadro de varicela de 5 días de evolución y fiebre alta de 48 h sin buena respuesta a los antitérmicos (entre los que se utilizó el ibuprofeno).

Durante los primeros días de su hospitalización, comienzan a aparecer signos inflamatorios alrededor de algunas lesiones varicelosas que le provocan fuerte dolor y limitación de la movilidad en rodilla y cadera izquierdas. A raíz de la aparición de estas lesiones eritematoinfiltrativas y, debido a la persistencia de la fiebre alta, se sospecha sobreinfección por gérmenes habituales en la flora de la piel, por lo que se decidió comenzar tratamiento antibiótico con cloxacilina por vía oral y mupirocina local.

Previamente se le extrajeron muestras de sangre para la obtención de hemograma y fórmula leucocitosis de 24.100 con neutrofilia del 78%, y tanto el hematocrito como la hemoglobina aparecieron descendidos. La VSG fue de 114 mm/h y la PCR de 206 mg/dl. También se realizó bioquímica, estudio de transaminasas, perfil lipídico, proteinograma y sedimento urinario que resultan normales. Se cursaron urocultivo (que fue negativo), hemocultivo y estudio del exudado de las heridas. En el hemocultivo se aisló *Streptococcus pyogenes* (grupo A) y en el exudado de las heridas *S. pyogenes* y *Streptococcus aureus*. En el estudio inmunológico la única alteración presente fue la inversión del cociente entre linfocitos T CD4/CD8.

Posteriormente, y a pesar del tratamiento, las lesiones inflamatorias van convirtiéndose en placas infiltradas, induradas y violáceas con calor e intenso dolor al tacto. A los 2 días de su ingreso, al no aparecer respuesta clínica y debido a los resultados de los cultivos, se decidió comenzar tratamiento con penicilina G sódica a 500.000 U/kg

intravenoso cada 4 h. Asimismo, dada la progresión de las lesiones y la abscesificación de algunas en tronco y miembros, fue necesario practicar tres intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía infantil, consistentes en el amplio desbridamiento de las mismas, la resección de los tejidos desvitalizados y el drenaje de los abscesificados.

Finalmente, tras completar 20 días de tratamiento antibiótico por vía intravenosa, la niña evoluciona lenta y progresivamente hacia la curación de las heridas y la recuperación total de la movilidad de los miembros.

La varicela es una enfermedad muy frecuente en la infancia. En España, la mayor incidencia se encuentra en niños menores de 9 años y el 94% de los adolescentes ya tienen anticuerpos<sup>2</sup>. La mayoría de los casos transcurren como una infección banal, constituyendo un cuadro leve y autolimitado.

En ocasiones la varicela puede presentar complicaciones graves o ser causa de ingreso hospitalario. Las complicaciones más frecuentes incluyen la sobreinfección de la piel y de los tejidos blandos, ataxia y encefalitis, neumonía, trombopenia, artritis y otras<sup>3</sup>.

Las infecciones bacterianas secundarias son la causa más importante de morbilidad asociada a varicela en niños sanos. Las bacterias que están implicadas con más frecuencia son *S. pyogenes* y *Streptococcus aureus* y los cuadros más frecuentes son las infecciones de piel y tejidos blandos. Sin embargo, no constituyen exclusivamente una causa de morbilidad, ya que también lo son de mortalidad. Se ha comprobado el aumento de la frecuencia de las muertes por esta causa, del mismo modo que el incremento de la incidencia de infecciones invasivas por el estreptococo del grupo A. Algunos estudios han demostrado que el riesgo de padecer una infección invasora por el *S. pyogenes* tras una varicela es casi 60 veces superior al de la población general<sup>4</sup>.

La posibilidad de complicaciones y la letalidad de las mismas depende, en cierta medida, de factores de riesgo como la edad (aproximadamente el 70% de los casos complicados se presentan en menores de 5 años<sup>5</sup>), la desnutrición o el compromiso inmunológico, aunque también pueden aparecer en niños previamente sanos.

En un estudio epidemiológico realizado por Díez-Domingo et al<sup>2</sup> en niños atendidos en centros de salud españoles, las complicaciones de la varicela se observan en casi el 15%, una cifra muy superior a las previamente publicadas (que oscilan entre el 1,8 y el 8%). Esto se justificaba por dos posibles causas: por un lado, al seguimiento más estrecho de los casos y, por otro, a las condiciones climáticas más cálidas del sur de Europa, donde temperaturas más altas pueden llevar a un incremento de las sobreinfecciones.

Zerr et al<sup>6</sup> sugieren una posible relación entre el uso de ibuprofeno en niños que se encuentran padeciendo un cuadro variceloso con complicaciones graves como la fascitis necrosante, el síndrome del shock tóxico estreptocócico y la insuficiencia renal aguda. Esto lo explican señalando, por un lado, que tanto el ibuprofeno como otros inhibidores de la ciclooxigenasa pueden deteriorar la función leucocitaria o aumentar la producción de citocinas inflamatorias, incrementando así la severidad de la fascitis necrosante y, por otro lado, que su uso podría enmascarar los síntomas y demorar el diagnóstico.

De cualquier manera, no debe excluirse la posibilidad de que los antiinflamatorios no esteroideos se usen más en niños con fascitis necrosante ya que presentan signos más graves de in-

fección como dolor más intenso y fiebre más prolongada. Actualmente, aunque no está probada científicamente la asociación causal entre el ibuprofeno y las complicaciones de la varicela, sí se recomienda, de todos modos, la prudencia a la hora de su utilización en estos casos<sup>7</sup>.

La fascitis necrosante es una enfermedad fatal que llega incluso a producir una mortalidad cercana al 60%; a esto se añade que la forma más progresiva y devastadora de esta enfermedad es la provocada por el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A. Sólo el diagnóstico precoz y una intervención quirúrgica radical de urgencia, unidos a un excelente soporte de la función orgánica, puede salvar la vida del enfermo. Es por ello fundamental que el pediatra sea capaz de reconocer y diagnosticar esta entidad clínica y llevar a cabo el tratamiento adecuado lo más precoz posible.

Es preciso considerar este diagnóstico ante todo niño con varicela con eritema, calor, induración de la piel y partes blandas, asociado a fiebre después de haber logrado la apirexia o bien con fiebre mayor de 39 °C tras el tercer día de la erupción o con fiebre cualquiera que sea su grado después del cuarto día de enfermedad<sup>8</sup>.

Otros signos de alarma que merecen mención (también presentes en nuestra paciente) serían el dolor local intenso, provocando incluso la dificultad para la movilización de la zona afectada, que se haya en desproporción con los hallazgos físicos encontrados, la taquicardia y la leucocitosis (que en nuestro caso llegó a ser de casi 25.000 leucocitos)<sup>9</sup>.

El tratamiento podríamos dividirlo en tres pilares básicos: de un lado, el soporte de las funciones vitales esenciales como serían la respiratoria y la hemodinámica mediante la reposición hidroelectrolítica y los fármacos vasoactivos; por otro, una intervención quirúrgica precoz, consistente en una completa escisión de los tejidos necróticos y el drenaje de los tejidos abscesificados; y como último punto, la antibioticoterapia intravenosa. Aquí se encuentra diversidad de opiniones: por un lado, los que proponen la penicilina como primera línea terapéutica<sup>10</sup>, y por otro, los que defienden la clindamicina y/o ceftriaxona<sup>9</sup>.

En nuestra paciente llevamos a cabo un tratamiento por vía intravenosa con penicilina G sódica y la realización de intervenciones quirúrgicas ya que, debido a la buena evolución de la niña no fue preciso ni añadir otro antibiótico ni modificar nuestra estrategia terapéutica.

A pesar de su benignidad habitual, la varicela puede producir, como en nuestro caso, complicaciones graves. Esta enfermedad supone hoy día un importante problema sanitario y económico. Cabe, por tanto, considerar la posibilidad de introducir la vacunación en el calendario de inmunizaciones sistemáticas como ya se está haciendo en otros países a los 12-15 meses de edad. La vacuna tiene una eficacia y una efectividad entre el 80 y el 90% frente a todas las formas clínicas de varicela, y próxima al 100% en las formas graves de enfermedad. La vacuna de la varicela, además de ser inmunógena, eficaz, efectiva y segura, es también eficiente, cuando se consideran los costes directos e indirectos de la enfermedad.

**M.ªJ. Martínez Roda, C. Cintado Bueno,  
M. Loscertales Abril e I. Gómez de Terreros**  
Hospital Infantil Virgen del Rocío.  
Sevilla. España.

**Correspondencia:** Dr. C. Cintado Bueno.  
Dr. Pedro de Castro, 9, bajo D. 41004 Sevilla. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kaul R, McGeer A, Low DE, Green K, Schwartz B. Population based surveillance for Group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Ontario Group A Streptococcal Study. *Am J Med* 1997;103:18-24.
2. Díez-Domingo J, De Arístegui J, Calbo Torrecillas F, González Hachero J, Moraga Llop F, Peña Guitián J, et al. Epidemiología y costo de la varicela en niños atendidos en centros de salud de España. *Vacunas. Investigación y Práctica* 2001;2:16-9.
3. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Prieto Espuñes S, Callejo Ortea A. Hospitalizaciones por varicela en niños. *Bol Pediatr* 2001;41:175-81.
4. Ruiz Contreras J, De Arístegui J, Corretger JM, Moraga F. Vacunación frente a la varicela. *Vacunas. Investigación y práctica* 2001;2:25-31.
5. Ziebold C, Von Kries R, Lang R, Weigl J, Schmitt HJ. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: A 1-year survey. *Pediatrics* 2001;108:e79.
6. Zerr DM, Rusell AE, Duchin JS, et al. A Case-Control Study of Necrotizing Fasciitis during primary varicella. *Pediatrics* 1999; 103:783-90.
7. Lesko SM, O'Brien KL, Schwartz B, Vezine R, Mitchell AA. Invasive group A streptococcal infection and nonsteroidal antiinflammatory drug use among children with primary varicella. *Pediatrics* 2001;107:1108-15.
8. Schwartz B, Breiman R, Hardegree MC, Jacobs R, Orenstein W, Rabinovich NR. Infecciones invasivas graves por estreptococo del grupo A: una revisión del tema. *Pediatrics* (ed. esp.) 1998; 45:80-4.
9. Clark P, Davidson D, Letts M, Lawton L, Jawadi A. Necrotizing fasciitis secondary to chickenpox infection in children. *Can J Surg* 2003;46:9-14.
10. Olivier C. Severe *Streptococcus pyogenes* cutaneous infections. *Arch Pediatr* 2001;8(Suppl 4):757-61.