

sensibilidad y el VPN (83,8%), pero sí mejoró la especificidad y el valor predictivo positivo (VPP), alcanzando el 100% en ambos casos (no el 83,8% que menciona en la carta), aunque estos valores fueron equivalentes a los de IL-6 > 96 pg/ml. Como señalamos en la discusión de nuestro artículo, la combinación de IL-6 y PCR podría ser especialmente útil cuando el paciente lleva más tiempo de evolución y es probable que la IL-6 esté ya en fase de descenso (niveles entre 54–96 pg/ml) y la PCR en ascenso. En cualquier caso, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio, que ya señalamos en la discusión del artículo, y estamos de acuerdo con los autores de la carta en que se necesitan estudios prospectivos con un mayor número de pacientes para validar estos resultados.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.021

Aortitis séptica estafilocócica

Staphylococcal septic aortitis

Sr. Editor:

La aortitis séptica (AS) es una patología infrecuente en pacientes pediátricos. Los signos y síntomas son inespecíficos por lo que requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarlo si se quieren evitar sus complicaciones letales. Presentamos el primer caso de aortitis séptica estafilocócica en el servicio de Pediatría Oncológica del Hospital SOLCA, Quito-Ecuador.

Se trata de un niño de 8 años de edad, que 7 días antes de su ingreso a nuestro servicio, es hospitalizado por 3 días en otra institución debido a fiebre de causa no precisada. Ante la sospecha de una enfermedad oncohematológica, ingresa a nuestro hospital con fiebre acompañada de lesiones purpúricas en extremidades y tronco. Además síntomas como: astenia, mialgias, artralgias, vómito y dolor abdominal superior. Se encontraron antecedentes de ictericia, epistaxis bilateral, y lesiones costrosasangrantes en mucosas orales. No antecedentes previos de enfermedades infecciosas, inmunodepresión o alteraciones oncohematológicas.

El examen físico de ingreso reveló fiebre de 38,7°C, ictericia y lesiones purpúricas diseminadas, siendo más notorias en los pies (fig. 1). Los pulsos eran firmes y fácilmente palpables en las 4 extremidades. En la auscultación pulmonar se encontró una disminución de la entrada de aire a derecha.

La analítica del ingreso reveló leucocitosis, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia y PCR elevado. La radiografía de tórax reportó ensanchamiento mediastinal. El aspirado de médula ósea (AMO) descartó leucemia aguda.

Desde su ingreso el paciente recibió antibioticoterapia de amplio espectro para un niño oncológico febril (ceftriaxona y amikacina). Al descartar leucemia aguda mediante el AMO y al encontrar cocos Gram positivos en los hemocultivos, se asoció vancomicina. Tres cultivos de sangre periférica, el urocultivo y el cultivo de médula ósea

Bibliografía

1. Cernada Badía M, Roqués Serradilla V, Vento Torres M. Interleuquina-6 y diagnóstico de sepsis neonatal: algunas matizaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73.

J. Beceiro Mosquera

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Campus Universitario, Alcalá de Henares, Madrid, España
Correo electrónico: jbeceiro.hupa@salud.madrid.org

resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a vancomicina.

Al quinto día de hospitalización el paciente fue admitido a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por aumento de la dificultad respiratoria, hipoxemia y acidosis respiratoria. A su ingreso se encontró palidez generalizada, taquicardia, hipertensión arterial (150/75), ruidos cardíacos hipofonéticos, abdomen doloroso, hepatomegalia y ausencia de ruidos hidro-aéreos. Los pulsos de las extremidades superiores fueron de amplitud aumentada y los de las extremidades inferiores ausentes con perfusión distal disminuida.

Un nuevo hemograma mostró caída considerable de la hemoglobina, duplicación de la leucocitosis, hiperglicemia y tiempos de coagulación prolongados.

En la radiografía de tórax se observó derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Se realizó una toracocentesis obteniéndose 500 ml de sangre, y se colocó un tubo torácico. El análisis citoquímico reveló la presencia de cocos Gram-positivos.

Una tomografía axial computarizada (TC) reveló un hematoma mediastínico con extravasación del contraste radiológico en este sitio a partir de la aorta (fig. 2). Se evidenció también colecciones de densidad hemática en abdomen, pelvis y retroperitoneo (fig. 3).

El cuadro clínico progresó en forma fulminante a dificultad respiratoria severa e inestabilidad hemodinámica que no se corrigió con fluidos, drogas inotrópicas, vasoactivas, ni transfusión de hemoderivados. El cultivo del líquido



Figura 1 Lesiones purpúricas en pie izquierdo.



Figura 2 TC de tórax mostrando hematoma que ocupa mediastino anterior, medio y predomina en posterior, con escape del contraste radiológico en este sitio, hemotórax bilateral, más importante del lado izquierdo.

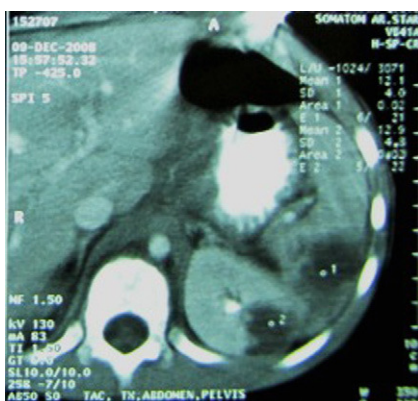


Figura 3 Colecciones de densidad hemática en cavidad abdomino pélvica y renal bilateral.

de hemotórax también fue positivo para *S. aureus*. No se realizó necropsia.

Las infecciones bacterianas de la aorta son infrecuentes en los niños. Se han postulado varios mecanismos de infección: 1) extensión directa desde un foco cercano, 2) siembra bacteriana hematogena desde un foco distante y 3) contaminación traumática¹. La bacteremia permite que la carga bacteriana tome el endotelio vascular, dando paso a su consecuente infección². Posteriormente se puede dar la formación de un aneurisma. Wilson describe la diferencia entre un «aneurisma infectado», donde un aneurisma preexistente se infecta, y un «pseudoaneurisma», que es la dilatación de una arteria normal o ateromatosa infectada (arteritis infecciosa). Estos pseudoaneurismas tienden a ser más propensos a la ruptura o formación de fistulas hacia estructuras vecinas³.

La mortalidad de la AS es del 14–100%, por la exposición de la aorta infectada a una rápida expansión y subsecuente ruptura⁴.

La AS en niños tiene una presentación atípica y fatal. La clásica presentación del adulto de una masa abdominal

pulsátil acompañada de fiebre es muy rara. Generalmente el cuadro es subagudo con dolor lumbar y abdominal progresivo y fiebre durante varias semanas³.

Pueden existir signos característicos dependiendo del nivel de la aorta que esté comprometido. La ausencia o disminución de los pulsos en extremidades es compatible con un aneurisma disecado o accidentado. La auscultación cardíaca y pulmonar abolida o disminuida puede mostrar perforación de la aorta infectada. Las lesiones tipo púrpura palpable y dolorosa (nódulos de Osler), pueden representar émbolos colonizados por bacterias y confirmar el diagnóstico más rápido que un hemocultivo⁵.

El diagnóstico oportuno de la AS requiere un alto índice de sospecha. El examen de elección es la TC. El hallazgo de aire periaórtico aun que no muy común, es patognomónico de una infección aórtica⁶.

El tratamiento quirúrgico consistente en resección del aneurisma mas debridamiento, seguido de colocación de una prótesis vascular *in situ* o angioplastia con parche de epiplón, dependiendo de la localización de la lesión^{7,8}.

Bibliografía

1. Seder C, Kramer M, Long G, Uzieblo M, Shanley C, Bove P. Clostridium septicum aortitis: Report of two cases and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2009;49:1304–9.
2. Lambertini F, Simão E, Campos F, de Acevedo H, Lucon M, Micelli R. Primary aortoenteric fistularelated to septic aortitis. *Sao Paulo Med J.* 2001;119:150–3.
3. Goswami R, Cleveland K, Gelfand M. Evolving Infectious Aortitis Caused by Streptococcus pneumonia. *South Med J.* 2004;97:10–1.
4. Stephens C, Pounds L, Killewich L. Rupture of a Nonaneurysmal Aorta Secondary to Staphylococcus Aortitis. *Angiology.* 2006;57:506–12.
5. Saporito F, Stetson C, Hope R. Septic Vasculitis From a Femoral Artery Catheterization. *Arch Dermatol.* 2006;142:936–8.
6. Teng W, Sarfati M, Mueller M, Kraiss L. Pneumococcal aortitis: A difficult preoperative diagnosis. *J Vasc Surg.* 2006;43:177–9.
7. Luo Ch, Ko W, Kan Ch, Lin P, Yang Y. In situ reconstruction of septic aortic pseudoaneurysm due to Salmonella or Streptococcus microbial aortitis: Long-term follow-up. *J Vasc Surg.* 2003;38:975–82.
8. Chen IM, Chang HH, Hsu CP. Ten-Year Experience with Surgical Repair of Mycotic Aortic Aneurysms. *J Chin Med Assoc.* 2005;68:265–71.

D. Domínguez-Estévez^{a,b,*}, S. Campos-Miño^a y C. Vicuña-Mariño^a

^aUnidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Hospital de SOLCA, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Quito, Ecuador

^bServicio de Pediatría Oncológica y Cirugía Pediátrica, Hospital de SOLCA, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Quito, Ecuador

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danidomisp@gmail.com
(D. Domínguez-Estévez).