

Artritis séptica de rodilla en paciente con varicela

Septic arthritis of the knee in a patient with chicken pox

Sr. Editor:

La varicela es una enfermedad viral exantemática que suele cursar sin secuelas en los niños, aunque en las últimas décadas han aumentado el número de complicaciones alrededor de esta enfermedad¹.

Varón de 3 años de edad que presenta desde hace una semana una erupción vesículo-papulosa compatible con varicela.

Acude a urgencias con un cuadro de gonalgia izquierda de 48 h de evolución y fiebre de 38 °C.

La rodilla estaba caliente, tumefacta, con aumento de líquido intraarticular y con una posición antiálgica en flexión de 30°, negándose a deambular.

En la analítica presenta leucocitosis de 16.000 con predominio de neutrófilos, PCR de 96 mg/dl y VSG de 50 mm/h. La radiografía fue normal.

Ante la sospecha de artritis séptica de rodilla, realizamos una artrocentesis con aguja fina, obteniéndose un líquido sinovial turbio que mandamos a cultivo.

En el mismo acto se procede al lavado articular con suero fisiológico y aspiración con aguja.

Se inicia tratamiento por vía intravenosa de amplio espectro con cefotaxima 1 g/8 h.

El resultado del cultivo del líquido articular indica la presencia de cocos grampositivos, aislándose *Streptococcus pyogenes*.

A las 24 h siguientes, presenta un empeoramiento de su estado general, fiebre de 39 °C, PCR de 250 mg/dl y VSG de 99 mm/h.

Se realiza otro lavado articular mediante artrotomía, dejándose colocado un drenaje espirativo durante 48 h.

Tras este acto, mejoró de forma significativa; se mantuvo el tratamiento por vía intravenosa de antibióticos durante 10 días, presentando entonces una PCR de 6 mg/dl y una VSG de 20 mm/h.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, se retiraron los puntos de sutura y fue dado de alta. Se mantuvo el tratamiento antibiótico por vía oral con amoxicilina/ácido clavulánico, durante 3 semanas más. Las revisiones se realizaron en nuestras consultas. Dos meses después, el paciente está asintomático.

La varicela es una enfermedad exantemática de etiología viral (virus de la varicela zóster) común en niños, que habitualmente cursa sin incidencias¹.

Generalmente es autolimitada, aunque puede presentar complicaciones del 1% en menores de 15 años previamente sanos².

Las complicaciones más frecuentes de la varicela son las respiratorias, hidroelectrolíticas y cutáneas, así como la sepsis, las complicaciones neurológicas, las digestivas, las otorrinolaringológicas y las articulares³.

El microorganismo que con más frecuencia se aísla en las complicaciones es el estreptococo de grupo A,

así como el *Staphylococcus aureus* y la *Pseudomonas aeruginosa*².

La artritis séptica es una inflamación de las articulaciones debida a una infección.

La gran mayoría se deben a estafilococos, estreptococos y *Kingella kingae*.

Clínicamente, en niños pequeños, se producen signos locales y sistémicos de inflamación, acompañado de fiebre. En niños menores de 6 años, está precedida por una infección cutánea en el 33% de los casos. La articulación está hinchada y dolorida, y el niño se niega a moverse, manteniendo la rodilla en una posición antiálgica de unos 30° de flexión⁴.

El diagnóstico precoz es muy importante para prevenir secuelas.

El recuento leucocitario, la PCR y la VSG deben añadirse al estudio⁵.

El número de leucocitos sobrepasa el 1.000/mm³ en el 70% de los casos.

La VSG supera los 40 mm en el 50% de los pacientes y aumenta y se normaliza siguiendo una cierta inercia.

La PCR se encuentra elevada en el 50% de los casos y es de gran interés en el seguimiento evolutivo tras el tratamiento y su normalización refleja la eficacia terapéutica⁶.

El diagnóstico se establece mediante el aspirado articular. El líquido sinovial es turbio, con más de 50.000 leucocitos y predominio de polimorfonucleares. Hay que realizar Gram y cultivo.

La bacteriología es el único método que permite comprobar el diagnóstico y adoptar el tratamiento oportuno.

Si se cultiva sólo el aspirado articular, los cultivos son positivos en un 66%. Si se añaden hemocultivos, se eleva al 75%.

El diagnóstico diferencial incluye la sinovitis tóxica, artritis reactiva post-estreptocócica y artritis reumatoide⁶.

El tratamiento debe ser el drenaje, obligatorio en todos los casos, y la cobertura antibiótica. La aspiración con aguja fina es un método tradicional.

Si la respuesta a la aspiración con aguja es lenta, debe realizarse un drenaje artroscópico o bien una artrotomía⁴.

La elección del antibiótico debe hacerse según el germen aislado, aunque se puede comenzar por un antibiótico de amplio espectro.

La mayoría de las artritis sépticas pueden tratarse con antibióticos vía intravenosa de 3 a 21 días, continuando con antibióticos por vía oral hasta las 4 semanas⁴.

La inmovilización no es necesaria, aunque algunos autores la indican para el post-operatorio inmediato⁶.

Las complicaciones en los niños de más de 2 años son menores, siendo la deformidad residual la más frecuente. Se desarrolla por un desplazamiento o pérdida de la fisis.

Bibliografía

- Márquez FJ, Borque C, Merino R, Vidal ML. Trombosis venosa profunda en un niño con varicela como forma de presentación de sepsis estreptocócica. *An Esp Pediatr.* 1997;46:280-2.
- Piqueras AI, Otero MC, Perez-Tamarit C, Asensi F, Diosdado N, Santos M. Hospitalizaciones por varicela en el Hospital Infantil La Fe de Valencia (2001-2004). *An Pediatr (Barc).* 2005;63:120-4.

3. Pérez-Yarza E, Arranz L, Alustiza J, Azkunaga B, Sarasua A, Mediburu I, et al. Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:229-33.
4. Stebbings S, Highton J, Croxson MC, Powell K, McKay J, Rietveld J. Chickenpox Monoarthritis: Demonstration of Varicella-Zoster Virus in Joint Fluid by Polymerase Chain Reaction. *Br J Rheumatol*. 1998;37:311-3.
5. Staheli L. *Ortopedia pediátrica*. Madrid: Marban; 2006.
6. Pablos de J. *La rodilla Infantil*. Madrid: Arboleda; 2003.

M.E. Mesa Rivero*, F. Mañas Martínez, J. González Herranz y M. López Peláez

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maruka1980@hotmail.com (M.E. Mesa Rivero).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.08.014

Hydrops biliar por cryptosporidium en paciente inmunocompetente

Hydrops gallbladder due to cryptosporidium in an immunocompetent patient

Sr. Editor:

La afectación biliar en pacientes sanos con infección intestinal por cryptosporidium es extremadamente infrecuente. Existen pocos casos en la literatura que documenten hydrops biliar en este contexto¹.

Presentamos el caso de un varón de 21 meses, sin antecedentes de interés, que comienza con vómitos y deposiciones acuosas sin productos patológicos. Tras 4 días de evolución, acude a nuestro centro por empeoramiento del estado general y aumento del número de vómitos y deposiciones.

A su llegada presentaba regular estado general, decaído y con mucosas pastosas. En la exploración por aparatos y sistemas no se encontraron alteraciones. Ante la mala tolerancia oral ingresa para sueroterapia intravenosa; realizándose hemograma, bioquímica y gasometría hallándose solamente una acidosis metabólica leve. A las 48 horas del ingreso presenta dolor abdominal agudo con afectación del estado general por lo que se realiza ecografía abdominal hallándose una dilatación de la vesícula biliar de 6 cm acompañado de dilatación fusiforme del hepatocolédoco de 8 mm sin dilatación de vías biliares intrahepáticas. Por lo que se sospecha hydrops biliar con quiste de colédoco tipo I de Todani (fig. 1). Coprocultivo, antígeno de rotavirus y adenovirus en heces negativos. Debido a la escasa mejoría de los síntomas, se amplía el estudio: hemograma y coagulación, con valores normales, bioquímica sanguínea con hipoproteinemia. Bioquímica en orina, incluyendo iones, sin alteraciones. Test del sudor, marcadores serológicos de celiaquía y test de hidrógeno espirado con lactosa negativos. A los 10 días del inicio del cuadro recibimos aislamiento de *Cryptosporidium* spp. en varias muestras, por lo que inicia tratamiento con paramomicina oral. En las 48 horas siguientes se aprecia mejoría de la situación global y tolerancia digestiva, por lo que es dado de alta con paramomicina.

En revisiones posteriores, persistían deposiciones pastosas (3-4/día) hasta 6 semanas después del inicio y con parásitos en heces negativos. Se completa estudio inmunológico encontrándose recuento de leucocitos y subpoblaciones linfocitarias normales, proteinograma con aumento de alfa-1 y alfa-2 globulinas y escasa disminución de gamma-

globulinas. Cuantificación de inmunoglobulinas normales. Complementemia con aumento de C5. Los controles ecográficos posteriores revelan la normalización del tamaño de la vesícula biliar pero persistencia de la dilatación del hepatocolédoco, siendo derivado a cirugía.

Cryptosporidium es una importante causa de diarrea, especialmente en inmunodeprimidos y países en vías de desarrollo. Su incidencia en Europa se estima en torno a 1,9 casos por 100.000 habitantes/año².

La gravedad de la enfermedad varía de formas asintomáticas (hasta el 30%) a severas en función de la localización y el estado nutricional e inmunológico del huésped. En pacientes inmunocompetentes la clínica habitual es una diarrea secretora y suele asociar náuseas, vómitos y dolor abdominal. La resolución del cuadro oscila entre 10-14 días, sin precisar en la mayoría de los casos ningún tratamiento. En pacientes inmunocomprometidos la enfermedad es más grave y prolongada, pudiendo provocar alteraciones nutricionales y del crecimiento^{3,4}. Además se ha descrito de manera frecuente manifestaciones extraintestinales: colecistitis, colangitis, hepatitis, pancreatitis, infecciones respiratorias...⁵

No existe un tratamiento específico claramente efectivo para la criptosporidiosis. En pacientes inmunocomprometidos o con evolución prolongada, se recomienda iniciar tratamiento con nitazoxanide. En nuestro país, este fármaco solo puede usarse como medicación extranjera, por lo que rutinariamente se emplea paramomicina^{6,7}.



Figura 1 Vesícula dilatada de 6 cm de longitud.