Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Fiebre, dolor abdominal y exantema

M.J. Calvo Aguilar, J.F. Sierra Sirvent, M. Bustillo Alonso, J. Carrasco Almanzor y P. Larripa Cadenas

Servicio de Pediatría. Hospital Insalud de Barbastro. Huesca.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 285-286)

Figura 1.

CASO CLÍNICO

Paciente de 7 años de edad que ingresó en el servicio por presentar fiebre elevada, vómitos y dolor localizado en hipocondrio derecho de 12 h de evolución que se acompañaba de deposiciones líquidas verdosas. Fue tratada con dos dosis de eritromicina por vía oral.

Antecedentes personales. Calendario vacunal correcto. Alergia a penicilina no confirmada.

A la exploración física presentaba regular estado general, con signos de toxiinfección, fiebre elevada (40,5 °C), ojos hundidos, mucosas secas, palidez de piel, sin ictericia. Taquicardia. Abdomen doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho, sin hepatomegalia ni signos de irritación peritoneal. Faringe congestiva con lengua aframbuesada, exantema escarlatiniforme generalizado respetando la cara. Presentaba lesiones impetiginizadas en extremidades inferiores.

La analítica inicial presentó leucocitosis con desviación izquierda (32.800 leucocitos, 90% segmentados, 5% monocitos y 5% linfocitos). VSG: 80 mmHg. Bilirrubina total: 0,4 mg/dl. GOT 142, GPT 122, GGT 96 U/l. Amilasa 70 U/l. PCR 3 mg/l. ASLO 162 U/ml. Test del sudor 46 mEq/l. Frotis faríngeo, hemocultivo, coprocultivo, investigación de giardias, serología de rickettsias, leptospiras, CMV, VEB, hepatitis A y B negativos. Mantoux negativo.

Ecografía abdominal (fig. 1): hígado, bazo, páncreas, retroperitoneo y riñones normales. Vesícula biliar alitiásica con engrosamiento de la pared y edema perivesicular. Líquido libre intraperitoneal, perihepático y en saco de Douglas.

Se inició tratamiento con eritromicina, tobramicina y flagyl intravenosos manteniéndose durante 10 días. Al sexto día presentaba descamación del exantema. La ecografía abdominal de control realizada al octavo día fue normal. En el seguimiento posterior de la paciente se evidenció una disminución progresiva de la leucocitosis, VSG y transaminasas con elevación manifiesta del título de ASTO y normalidad clínica.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dra. M.J. Calvo Aguilar. Servicio de Pediatría. Hospital Insalud. Ctra. Nacional N-240. 22300 Barbastro. Huesca.

Recibido en noviembre de 1998.
Aceptado para su publicación en febrero de 1999.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

COLECISTITIS AGUDA ACALCULOSA

El caso que presentamos es una colecistitis acalculosa aguda (CAA) secundaria a estreptococo. La CAA cursa con afectación del estado general, fiebre elevada, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, leucocitosis, alteración de la función hepática en un 60% de los casos e ictericia en un 38%. La ecografía abdominal revela una vesícula agrandada, un engrosamiento de la pared y un edema perivesicular y en conducto cístico.

La mayoría de los casos de CAA en niños dependen de enfermedades infecciosas tipo fiebre tifoidea, escarlatina, sarampión o sida, entre otras. Otra de las causas puede ser la vasculitis sistémica, aunque en estos casos es más frecuente el hidrocolecisto[1-4].

La etiopatogenia no está bien establecida. Se describen una serie de factores de riesgo, como ayuno prolongado, nutrición parenteral, administración de narcóticos por vía endovenosa, múltiples transfusiones que han sido implicadas en la isquemia de la pared vesicular y estasis biliar[2]. En algunos niños con CAA se ha identificado estenosis congénita o inflamación del conducto cístico o compresión externa por linfadenomegalia regional[1]. En los adultos se han descrito alteraciones en la contractilidad de la pared[5].

El tratamiento en la CAA tiende a ser médico con antibióticos adecuados según la infección asociada[2,3]. La indicación de colecistectomía en fase aguda se reserva para aquellos casos de gangrena de pared vesicular[2,5].

El caso que presentamos se trata de una CAA secundaria a estreptococos por la elevación del título de ASLO en controles posteriores. La ecografía abdominal confirmó el diagnóstico, apareciendo no sólo dilatación de la vesícula, sino engrosamiento de la pared con edema perivesicular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mcevoy CF, Suchy FJ. Enfermedades de vías biliares (colecistitis acalculosa aguda). En: Clínicas pediátricas de Norteamérica. Vol 1. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 1996; 89.
2. Tsakayannis DE, KozaKewich HPW, Lilehei CW. Acalculous colecystitis in children. J Pediatr Surg 1996; 31: 127-131.
3. Mirvis SE, Vainright JR, Nelson AW. The diagnosis is acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintographic and CT. AJR 1988; 147: 1171-1175.
4. Rivera JA. Colecistitis acalculosa aguda: a propósito de un caso. Pediatrics in review 1997; 18: 74-75.
5. Munster AM, Brown JR. Acalculous cholecystitis. Am J Surg 1967; 113: 730-734.