

Un caso de hepatitis secundaria a escarlatina

Olivia Eloísa Ortiz Ramírez,* Inés Álvarez de Iturbe,* Octavio Rodríguez Wyler López,** Denisse Crespo Smith***

RESUMEN

La escarlatina es una infección pediátrica común causada por toxinas del estreptococo B hemolítico del grupo A, el cual se encuentra en secreciones de nariz, oídos, garganta y piel. Usualmente se presenta después de alguna infección de vías aéreas superiores. Su morbilidad y mortalidad han disminuido de forma dramática debido a la mejoría en las condiciones socioeconómicas y la introducción de antibióticos. Como objetivo, reportamos el caso de un niño de 12 años de edad con escarlatina asociada con hepatitis icterica. La frecuencia de la hepatitis en niños con escarlatina es desconocida, pero parece ser rara y su patogénesis incierta. Los médicos pediatras que tratan infecciones por estreptococo B hemolítico del grupo A deben ser conscientes de una posible afectación hepática.

Palabras clave: Escarlatina, hepatitis, estreptococo, fiebre, ictericia, transaminasas.

Nivel de evidencia: IV

A case of hepatitis due to scarlet fever

ABSTRACT

Scarlet fever is a common pediatric infection caused by toxins from group A beta hemolytic streptococci, which are found in secretions of nose, ear, throat and skin. It usually occurs after an upper respiratory tract infection. Morbidity and mortality have declined dramatically due to improved socioeconomic conditions and the introduction of antibiotics. We report a 12-year-old boy with scarlet fever associated with icteric hepatitis. The frequency of hepatitis in children with scarlet fever is unknown but appears to be rare, and its pathogenesis unknown. Pediatric doctors who treat group A beta hemolytic streptococci infections should be aware of possible hepatic involvement.

Key words: Scarlet fever, hepatitis, streptococci, jaundice, hepatic enzymes.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

El estreptococo B hemolítico del grupo A (EBHA) es la causa más común de faringoamigdalitis bacteriana en la infancia. Las toxinas eritrogénicas que producen las cepas de esta bacteria pueden causar escarlatina, la cual se caracteriza por un *salpullido* erite-

matoso fino, fiebre, inflamación roja de la garganta, lengua en fresa y descamación de la piel en tronco, cara y punta de los dedos durante la convalecencia.¹ Aunque es tratada fácilmente con antibióticos, se pueden presentar algunas complicaciones, tales como neumonía, otitis media, septicemia, osteomielitis y glomerulonefritis postestreptocócica.²

Se desconoce la frecuencia de hepatitis en niños con escarlatina, pero parecen ser casos raros.³ Aunque ya se han descrito hepatitis asociadas a escarlatina, estos reportes no son recientes y hay pocas instancias en niños.^{3,4}

Como objetivo presentamos el caso de un niño de 12 años de edad que cursó con un cuadro de hepatitis secundaria a escarlatina, su evolución y manejo, así como una revisión de la patología.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de 12 años de edad previamente sano con esquema de vacunación completo para su edad, incluyendo vacuna contra hepatitis A y B. Presentó un cuadro clínico de cinco días de evolución,

* Pediatría. Grupo Pediátrico de Santa Fe. Centro Médico ABC Santa Fe.

** Pediatría y Cirugía Pediátrica. Grupo Pediátrico de Santa Fe. Centro Médico ABC Santa Fe.

*** Pediatría y Neonatología. Hospital Español.

Recibido para publicación: 21/10/2017. Aceptado: 14/02/2018.

Correspondencia: Dra. Olivia Eloísa Ortiz Ramírez

Carlos Graef Fernández Núm. 154, Consultorio 1a,

Col. Tlaxcala, 05300, Del. Cuajimalpa, Ciudad de México.

Teléfono: 1664-7201

E-mail: colin_cos@yahoo.com.mx.

Abreviatura:

EBHA = Estreptococo B hemolítico del grupo A.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medicgraphic.com/analesmedicos>

con dolor abdominal tipo cólico de difícil control, odinofagia y ataque al estado general. Acudió a un facultativo, quien lo notó icterico y por presentar coluria, recetó trimetoprima con sulfametoxazol como tratamiento para infección de vías urinarias. No presentó mejoría. A los dos días desarrolló salpullido de tipo eritematoso fino en el tronco, no pruriginoso. Por continuar con ictericia, coluria y fiebre, acudió a consulta de gastroenterología pediátrica.

A la exploración física se encontraba febril (38.5 °C), conjuntivas con tinte icterico (++) , faringe eritematosa con amígdalas crecidas muy hiperémicas, con puntilleo hemorrágico en el paladar; adenopatías bilaterales submaxilares, salpullido maculopapular fino generalizado de predominio en el tronco y áspero al tacto. El abdomen, sin dolor, sin megalias, con materia fecal palpable en marco cólico y adecuada peristalsis. Resto de la exploración, sin alteración.

Se realizaron los siguientes laboratorios: biometría hemática, con Hb 15.9 g/dL, hematocrito 46.5%, plaquetas 228 mil/mm³, leucocitos 10.76/mm³, linfocitos 4.1%, segmentados 81.2%, bandas 3%, eosinófilos 3%, monocitos 8.5%. En las pruebas de función hepática se reportaron: bilirrubinas totales 5 mg/dL, bilirrubina directa 2.5 mg/dL, bilirrubina indirecta 2.5 mg/dL; transaminasa glutámico oxalacética (AST) 125 U/L (0-20 U/L), transaminasa glutámico pirúvica (ALT) 244 U/L (8-54 U/L), fosfatasa alcalina 292 U/L (40-468 U/L), gamma-glutamil transferasa 370 U/L (12-64 U/L), velocidad de sedimentación globular 25 mm/hora (0-20 mm/hora) y proteína C reactiva 5.87 mg/dL (0-0.3 mg/dL). Prueba rápida de estreptococo negativa, IgM anticitomegalovirus negativa, IgM anti-hepatitis A negativa, y anti-Epstein-Barr IgG, IgM negativa. No se buscó etiología de hepatitis B ni C, ya que contaba con esquema de vacunación completo y no tenía factores de riesgo para contraer este tipo de virus. Asumimos que el resultado de la prueba rápida de EBHA fue negativo debido a que previamente había recibido antibiótico. Por la misma razón, no se solicitó un exudado faríngeo.

También se realizó un ultrasonido abdominal, en el cual no se demostró patología ni focal ni difusa en el hígado ni la vía biliar, sólo una probable colitis.

Ante el cuadro infeccioso de vías aéreas con datos de etiología bacteriana, se inició abordaje antibiótico con ceftriaxona (un gramo intramuscular por cinco días). El antibiótico intramuscular se decidió debido a la poca tolerancia a la vía oral que tenía el paciente. La evolución fue satisfactoria, la fiebre cedió a las 24 horas y las pruebas de función hepática mejoraron, con normalización de las bilirrubinas a

las dos semanas. Catorce días después de iniciado el cuadro, se agregó descamación de manos y pies, con lo que se integró el diagnóstico de hepatitis secundaria a escarlatina.

DISCUSIÓN

La infección por EBHA es más común en invierno y el comienzo de la primavera. Se estima que es la causa del 15-30% de los casos de faringoamigdalitis en niños en edad escolar (5-15 años).⁵

Se desconoce la frecuencia de la asociación de hepatitis con escarlatina. En la mayoría de los casos publicados, la hepatitis se manifiesta tras el inicio de la escarlatina y el daño hepático se resuelve en pocas semanas. El mecanismo fisiopatológico no es muy claro. El daño hepático podría deberse a la acción directa de toxinas estreptocócicas y agregarse un mecanismo inmunológico. Las endotoxinas activan los macrófagos hepáticos y a las células endoteliales sinusoidales, dando lugar a un incremento en la secreción de citocinas y coagulación intrasinusoidal, y con ello, a daño hepatocelular.³ Biopsias hepáticas de pacientes con escarlatina muestran infiltración de granulocitos en el área portal y degeneración de los hepatocitos.^{1,4}

La lesión hepática secundaria a escarlatina parece ser autolimitada en niños, con resolución completa tras el tratamiento antibiótico adecuado,⁶ como sucedió en nuestro paciente.

CONCLUSIÓN

Reportamos el caso de un niño de 12 años con un cuadro de hepatitis secundaria a escarlatina. Asumimos que la hepatitis fue una complicación secundaria a una infección por EBHA, ya que las pruebas de otros agentes causales de hepatitis fueron negativas y hubo resolución de los síntomas asociada al inicio del tratamiento antibiótico con cefalosporina. Damos a conocer este caso debido a la rareza de la asociación y con el fin de sensibilizar a los pediatras para que lo tomen en cuenta como posible complicación de una faringoamigdalitis con o sin escarlatina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Girisch M, Heininger U. Scarlet fever associated with hepatitis—a report of two cases. Infection. 2000; 28 (4): 251-253.
2. Wang LY, Young TH. Hepatitis, gallbladder hydrops, splenomegaly, and ascites in a child with scarlet fever. Pediatr Emerg Care. 2012; 28 (11): 1215-1217.

3. Elishkewitz K, Shapiro R, Amir J, Nussinovitch M. Hepatitis in scarlet fever. Isr Med Assoc J. 2004; 6 (9): 569-570.
4. Gidaris D, Zafeiriou D, Mavridis P, Gombakis N. Scarlet Fever and hepatitis: a case report. Hippokratia. 2008; 12 (3): 186-187.
5. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatr Clin North Am. 2005; 52 (3): 729-747, vi.
6. Rocco R, Benedetti L, Escudero G, Jordán F. Hidrops vesicular y hepatitis asociados con escarlatina. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2010; 40 (1): 61-64.