

Varicela complicada con fascitis necrotizante. Reporte de un caso.

Dr. Caroll Toledo Nader

Resumen

La varicela es una enfermedad viral común en la infancia que se resuelve sin complicaciones; cuando se presentan pueden ser severas y tienen manifestaciones sistémicas de toxicidad. Se presenta un caso de varicela complicada con fascitis necrotizante manejada quirúrgicamente con buena evolución. Es importante que el médico reconozca esta entidad clínica para que refiera al paciente para su tratamiento especializado.

Palabras clave: Fascitis necrotizante, varicela, complicaciones.

La varicela es un padecimiento viral muy común en la infancia; ocurre en el 90% de los casos en menores de 10 años, con una edad pico de cinco a nueve años y generalmente se resuelve sin complicaciones; sin embargo, cuando éstas se presentan pueden ser de leves a severas, desde vesículas que se infectan y dejan cicatrices visibles, hasta manifestaciones sistémicas de toxicidad extrema.^{1,2}

La desnutrición y el compromiso inmunológico son factores de riesgo. Choo, Donahue y Plat, sugieren una posible relación entre el Ibuprofeno y las complicaciones de la fascitis necrotizante con insuficiencia renal y choque séptico.³ De los casos complicados, aproximadamente el 70% se presenta en menores de cinco años, y las complicaciones más frecuentes son osteomielitis, artritis séptica, fascitis necrotizante, choque séptico y coagulación intravascular diseminada.

La fascitis necrotizante es una complicación causada en la mayoría de los casos por el *Estreptococo*

SUMMARY

Varicella is a common viral childhood disease that is resolved without complications; when these complications are present they can be severe and have systemic manifestations of toxicity. A case of chicken pox complicated with necrotizing fasciitis that was treated surgically with a good evolution is presented. It is very important that a physician recognizes this clinical entity to refer the patient to specialized treatment.

Key words: Necrotizing fasciitis, chicken pox, complications.

beta hemolítico del grupo A⁴⁻⁸ (60-80 %). En otros casos, la bacteria aislada es el *Estafilococo* áureo. El cuadro clínico se manifiesta con taquicardia, leucocitosis (bandemia), dolor severo, eritema, así como induración. Estos son los datos clínicos más frecuentes en los pacientes quirúrgicos.⁹

El retraso en el diagnóstico de la fascitis necrotizante puede desencadenar serias consecuencias, que van desde la amputación de algún miembro afectado, a choque séptico y muerte. Una vez diagnosticada esta entidad clínica, su manejo médico y quirúrgico debe ser agresivo; éste incluye la sustitución de líquidos y electrolitos, así como el uso de antibióticos de amplio espectro por vía parenteral y la desbridación quirúrgica temprana.¹⁰⁻¹²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de cinco años de edad, que una semana previa a su admisión hospitalaria, presentó cuadro de varicela, cursando con fiebre y ataque al estado general y después con una zona de induración en el muslo izquierdo acompañado de dolor. Acudió con un pediatra, que le prescribió antibiótico oral y un

* Cirujano Plástico.



Figura 1. Área necrosada antes de la desbridación quirúrgica.



Figura 2. Área afectada con injerto integrado.

medicamento tópico (pomada) no especificado. Posteriormente, los padres notaron la aparición de otras áreas de induración en la región abdominal, así como la extensión de la induración de muslo, con aparición de una zona de necrosis en el centro. (Figura 1) A su ingreso al hospital se observó con datos de sepsis, como taquicardia, leucocitosis, hemoglobina baja y cuadro de deshidratación.

El manejo inicial consistió en la administración de líquidos parenterales, antibióticos intravenosos de amplio espectro y transfusión de paquete globular. Tan pronto como su estado clínico lo permitió, fue llevado a quirófano para su desbridación. Una semana después se hizo la primera aplicación de injerto mallado, el cual se manejó con técnica cerrada. El injerto se perdió en un 50% y se continuó después con aplicación tópica de sulfadiazina argéntica al 1% (Silvadene) para reducir la cuenta bacteriana del área cruenta. A la segunda semana se hizo otra toma de injerto, esta vez manejada con técnica abierta, lográndose su integración total (Figura 2). El paciente fue dado de alta con un estado general satisfactorio.

COMENTARIO

La fascitis necrotizante es una complicación que puede ser de fatales consecuencias si no se detecta a tiempo y se maneja agresivamente. Es de suma importancia que el médico primario pueda reconocer esta entidad clínica y referir al paciente para su manejo y tratamiento especializado. También cabe considerar la posibilidad de que la población de riesgo, sobre todo la infantil, los contactos y adultos, deben ser inmunizados con la vacuna contra la varicela, la cual ya está siendo incluida por las autoridades de salud en los esquemas de inmunización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aebi C, Ahmed A, Rarnilo O, Bacterial complications of primary varicella in children. Clin Infect Dis 1996; 23: 698-705.
2. Brogan TV, Nizet V, Waldhausen JH, Rubens CE, Clarke WR. Group A streptococcal necrotizing fasciitis complicating with varicella: A series of fourteen patients. Ped Infect Dis Jour 1995; 14: 588-94.
3. Choo PW, Donahue JG, Platt R. Ibuprofen and skin and soft tissue superinfections in children with varicella. Ann Epidem 1997; 7: 440-5.
4. Davies HD, Schwartz B. Invasive group A streptococcal infection in children. Adv Ped Infect Dis 1999; 14: 129-45.
5. Gonzales Ruiz A, Ridgway GL, Cohen SL, Hunt CP, McGrouther G, Adiseshiah M. Varicella gangrenosa with toxic shock-like syndrome due to group A streptococcal infection in an adult: case report. Clin infect Dis 1995; 20: 1058-60; discussion 1061-2.
6. Givner LB. Invasive disease due to group A beta-hemolytic streptococci, continued occurrence in children in North Carolina. South Med Jour 1998; 91: 333-7.
7. Lin PC, Lee MJ, Yang W, Hwang CC. Group A streptococcal necrotizing fasciitis after varicella: report of two cases. Chung-Hua Nfin Kuo Hsiao Erh Ko 1 Hsueh Hui Tsa Chi.1998; 39: 415-8.
8. Nfills WJ, Mosca VS, Nizet V. Orthopedic manifestations of invasive group A streptococcal infections complicating primary varicella. J Ped Orthoped 1996; 164: 522-8.
9. Shreck P, Bradley J, Chatnbers H. Musculoskeletal complications of varicella. J Bone Joint Surg Am 1996; 78: 1713-9.
10. Vuíúa DJ, Peterson CL, Mevers HB, Kim KS, Arrieta A, Schlievert PM. Invasive group A streptococcal infections in children with varicella in Southern California. Ped Infect Dis Jour 1996; 15: 146-50.
11. Waldhausen JH, Holterman MJ, Sawin RS. Surgical implications of Necrotizing fasciitis in children with chicken pox. J Ped Suriz 1996; 31: 1138-41.
12. Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS, Kotitskv LA, Rubens CE. A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella. Pediatrics 1999; 103: 783-90.

Dirección para correspondencia:
Blvd. Agua Caliente 4558-suite 1503
Tijuana, Baja California, México.
E-mail: toledo@home.com