

Hidrops vesicular y hepatitis asociados con escarlatina

Roberto Rocco,¹ Laura Benedetti,² Gabriela Escudero,² Federico Jordán¹

¹ Servicio de Clínica.

² Servicio de Gastroenterología Pediátrica

Hospital de Pediatría "Prof Dr Juan P Garrahan"; Buenos Aires, Argentina

Acta Gastroenterol Latinoam 2010;40:61-64

Resumen

El hidrops vesicular es una enfermedad rara en pediatría. Consiste en una distensión aguda de la vesícula biliar en ausencia de litiasis, malformaciones congénitas, infección o inflamación local aguda. Aunque su causa es poco clara, suele asociarse a enfermedades sistémicas intercurrentes. La hepatitis es una rara complicación de la escarlatina en la población pediátrica. Presentamos una paciente de 4 años de edad con diagnóstico de hidrops vesicular y hepatitis asociados a escarlatina. Según nuestro conocimiento, este sería el primer caso publicado que reúne las tres patologías.

Palabras clave. Hidrops vesicular, hepatitis, niños, escarlatina.

Abreviaturas. Hidrops vesicular (HV), vesícula biliar (VB), antiestreptolisina O (ASTO).

Hydrops of the gallbladder and hepatitis associated with scarlet fever

Summary

Hydrops of the gallbladder is a rare pediatric disease. It consists of acute distension of the gallbladder without associated congenital anomalies, biliary calculi or acute local inflammation. Although the etiology is unknown, it appears frequently associated with systemic illnesses. Hepatitis is a rare complication of scarlet fever in the pediatric population. We report a four years old girl with gallbladder hydrops and hepatitis associated to scarlet fever. To the best of our knowled-

ge this is the first case report in the medical literature describing an association of these three conditions

Key words. Gallbladder hydrops, hepatitis, children, scarlet fever.

El hidrops vesicular (HV) es una enfermedad poco frecuente en la infancia y la niñez. Consiste en la distensión aguda de la vesícula biliar (VB) en ausencia de malformaciones congénitas, litiasis o infección localizada. Si bien su causa es poco clara, suele estar asociado a otras condiciones sistémicas intercurrentes. La hepatitis asociada a escarlatina también está descrita como una complicación infrecuente.¹⁻⁴

Presentamos una niña de 4 años de edad con diagnóstico de hidrops vesicular y hepatitis asociados a escarlatina. Según nuestro conocimiento, este sería el primer caso publicado que reúne las tres patologías.

Caso clínico

Se trata de una niña de 4 años años de edad previamente sana y con vacunación completa. Consultó por fiebre de 4 días de evolución, dolor abdominal, ictericia, acolia, coluria y erupción generalizada. El cuadro comenzó con fiebre, dolor de garganta, lengua blanquecina y erupción cutánea. Se le diagnosticó faringoamigdalitis y se trató con amoxicilina. Al tercer día se agregó ictericia, dolor abdominal, acolia y coluria. Se suspendió el antibiótico y con un diagnóstico de hepatitis fue derivada a nuestro hospital. Al examen físico estaba afebril, presentaba lengua aframbuesada, faringe eritematosa con exudado amigdalino, *rash* micropapular generalizado y áspero al tacto ("papel de lija"), descamación fina en

Correspondencia: Roberto Rocco

Combate de los Pozos 1881

CP 1245 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

E-mail: roccorobertodaniel@yahoo.com.ar

ingles y alrededor de la mamila derecha, y adenopatías bilaterales submaxilares e inguinales. A la palpación del abdomen se constató dolor intenso con defensa en hipocondrio y flanco derechos.

Ante el cuadro compatible con escarlatina y abdomen agudo, se realizaron los siguientes estudios: ecografía abdominal que mostró vesícula biliar distendida de 9,2 cm x 4,7 cm x 4,5 cm, de paredes delgadas y alitiásica, imagen típica de hidrops vesicular (Figura 1).

Figura 1. Vesícula biliar distendida mostrada en cortes longitudinal y transversal, con paredes delgadas y alitiásica, compatible con hidrops vesicular.

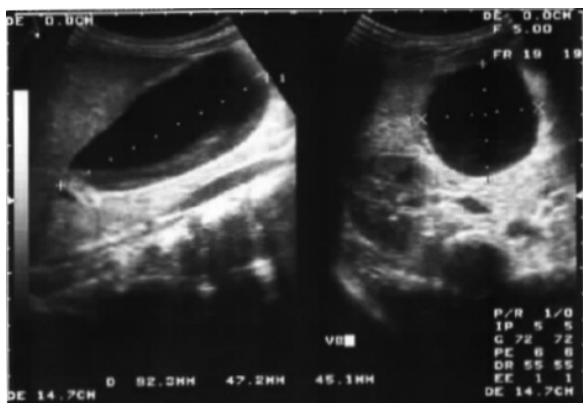


Tabla 1. Condiciones asociadas a hidrops vesicular.

Enfermedad de Kawasaki
Infección estreptocócica: faringitis, escarlatina
Infección estafilocócica
Leptospirosis
Mononucleosis infecciosa
Hepatitis virales
Sepsis
Adenitis mesentérica
Enterocolitis necrotizante
Ayuno prolongado
Leucemia
Talasemia
Crisis hemolítica en drepanocitosis
Nutrición parenteral total
Púrpura de Schönlein- Henoch

El hígado, el bazo y el páncreas conservaban su ecoestructura, no se observaron adenomegalias y la vía biliar intra y extrahepática no estaba dilatada. El laboratorio informó: glóbulos blancos 19.900 por mm³ (neutrófilos segmentados 72 %, linfocitos 24 %, monocitos 4%), hemoglobina 10,9 g/dl, plaquetas 268.000 por mm³, eritrosedimentación 95 mm/h, bilirrubina total 3,48 mg/dl, bilirrubina directa 3,22 mg/dl, TGO 223 UI/L (VN: 7-67 UI/L), TGP 203 UI/L (VN: 7-61 UI/L), γ GTP 501 UI/L (VN: 16-58 UI/L), fosfatasa alcalina 3.805 UI/L (VN: 204-381 UI/L), concentración de protrombina: 74% (VN: 70-100%) y KPTT 38" (VN: 26-42"). Las serologías para hepatitis A y C, EBV anticápside, CMV, Mycoplasma Pneumoniae y toxoplasmosis fueron todas negativas. El anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B fue positivo (370mUI/ml). La ASTO fue 928 U Todd al sexto día y 1.475 U Todd al decimotercer día (valor de referencia: menor de 240 U Todd). El cultivo del exudado de fauces mostró una flora habitual (la paciente había recibido varias dosis de antibióticos).

Se medicó con ceftriaxona endovenosa por 3 días y luego se cambió a amoxicilina por vía oral. Reapareció la fiebre al 6° día y tuvo picos febriles aislados durante 3 días más. Presentó descamación fina en pliegues y en pequeños colgajos en dedos. La evolución posterior de la paciente fue favorable, sin otras complicaciones asociadas y con normalización de los exámenes de laboratorio.

Se hizo el diagnóstico de hidrops vesicular y hepatitis colestásica asociados a escarlatina. Una ecografía abdominal de control realizada a los 45 días mostró que la vesícula y la vía biliar no se encontraban dilatadas y todo el estudio estaba dentro de la normalidad.

Discusión

El HV consiste en una distensión aguda de la VB en ausencia de litiasis, malformaciones congénitas, infección local o inflamación. La bilis es característicamente estéril y los conductos extrahepáticos son de tamaño normal.^{1,3-5} Aunque poco frecuente, el HV puede ocurrir en lactantes y niños hasta la adolescencia, incluso en recién nacidos.^{1,3,4} El sexo masculino se encuentra más comúnmente afectado. Su causa es poco clara y generalmente suele asociarse a otras condiciones

sistémicas intercurrentes. El HV puede hallarse en el curso de algunas enfermedades infecciosas, especialmente estafilocócicas y estreptocócicas.^{3,6} En la Tabla 1 se enumeran algunas de las entidades asociadas con más frecuencia.

En el caso de nuestra paciente, el HV estuvo asociado a escarlatina. Sólo encontramos 2 reportes en la literatura con la misma etiología.^{7,8}

La presentación clínica más típica del HV consiste en dolor del cuadrante superior derecho del abdomen con masa palpable. El comienzo suele ser agudo, con dolor abdominal de tipo cólico, náuseas y vómitos. Posteriormente, el dolor se vuelve continuo y más intenso.^{1,4} La localización del mismo a veces puede ser dificultosa en niños pequeños.^{4,6,9} En el caso presentado, el dolor en hipocondrio y flanco derechos fue tan intenso que obligó a descartar un cuadro de abdomen agudo. El cuadro clínico también puede incluir fiebre, vómitos, deshidratación e ictericia, en general asociados a la enfermedad sistémica acompañante.^{1,6}

Es importante diferenciar el HV de la colecistitis alitiásica aguda que es habitualmente causada por infección y es más frecuente en niños que en adultos. En esta última entidad los pacientes suelen presentarse con un cuadro de infección severo y los patógenos generalmente asociados son el estreptococo (grupos A y B), las bacterias Gram-negativas (*Salmonella*, *Leptospira*) y los parásitos (*Ascaris* o *Giardia Lamblia*). Más raramente puede ser secundaria a traumatismos, nutrición parenteral, cirugías, injuria por quemaduras o vasculitis sistémicas.^{5,6,10}

La ecografía continúa siendo el método de estudio más importante para el diagnóstico de los padecimientos de la VB en todas las edades. Como prueba de *screening* primario, permite una rápida y precisa evaluación aún en pacientes comprometidos o en los que no se ha podido localizar la fuente primaria del dolor, logrando simultáneamente la evaluación de otros procesos que pueden comprometer hígado, páncreas y riñón.¹⁰ La ausencia de cálculos y la presencia de conductos normales indican que la masa corresponde a una distensión alitiásica de la VB. La presencia de engrosamiento de la pared vesicular junto al signo del "halo" por el edema subseroso es compatible con colecistitis permitiendo el

diagnóstico diferencial con HV. Sin embargo, estos hallazgos también pueden encontrarse en otros procesos como pancreatitis, hipoproteinemia, púrpura de Schönlein-Henoch, hipertensión portal, enfermedad injerto vs huésped, ascitis y fallo cardíaco.^{4,5,10,11}

El tratamiento del HV es conservador, haciendo énfasis en la enfermedad intercurrente asociada. En el pasado la intervención quirúrgica se realizaba con frecuencia y revelaba grandes vesículas distendidas, de paredes finas y a veces la presencia de adenomegalias.^{4,6} Con el advenimiento de la ecografía se logró un diagnóstico preoperatorio confiable, siendo la cirugía raramente necesaria en la actualidad. Ésta debe ser evitada siempre que sea posible.^{3,4,6} Si la ruptura vesicular parece inminente, puede ser considerada la aspiración de la vesícula biliar bajo control ecográfico o el drenaje por la vía de una colecistostomía.⁴

El pronóstico del HV es excelente. La resolución espontánea ocurre en pocas semanas, con retorno de la función de la VB a la normalidad.^{4,6} Consideramos que la sospecha clínica, junto a los hallazgos ecográficos característicos, son fundamentales en el diagnóstico precoz de esta patología.

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,^{12,13} como ocurrió en nuestra paciente. La niña mostró el cuadro clínico característico de la escarlatina que, junto al aumento del anticuerpo ASTO, fue confirmatorio de la infección estreptocócica. Creemos que la falta de aislamiento del estreptococo Grupo A de la faringe se debió a que la niña había recibido varias dosis de antibióticos antes de la toma de la muestra. Se descartaron otras etiologías de hepatitis.

No se conoce con certeza la patogenia de la asociación entre escarlatina y hepatitis colestásica. El daño hepático podría ser ocasionado por una acción directa de las toxinas estreptocócicas, pudiendo agregarse un mecanismo inmunológico.^{2,14} La lesión hepática asociada a escarlatina parece ser autolimitada en la edad pediátrica, con resolución completa tras el tratamiento antibiótico adecuado, como sucedió en nuestra paciente y en los casos publicados por otros autores.^{6,7,14}

Consideramos importante el reconocimiento

del HV y la hepatitis asociados a la escarlatina ya que, a pesar de su baja frecuencia, su curso en general es benigno y suelen requerir tratamiento conservador en la mayoría de los casos.

Referencias

1. Crankson S, Nazer H, Jacobsson B. Acute hydrops of the gallbladder in childhood. *Eur J Pediatr* 1992;151:318-320.
2. Elishkewitz K, Shapiro R, Amir J, Nussinovitch M. Hepatitis in scarlet fever. *Isr Med Assoc J* 2004;6:569-570.
3. Moëne K, Mühlhausen G, Aldunate G. Hydrops of the gallbladder in newborn infants and infants. *Rev Chil Pediatr* 1988;59:56-59.
4. Shaffer EA. Gallbladder disease. In: Walker W, Durie P, Hamilton J, Walker-Smith J, Watkins J, eds. *Pediatric gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis, management*. 3rd ed, Hamilton, Ontario, Canadá: B.C. Decker Inc;2000.p. 1291-1311.
5. Ranson M, Hiew C, Babyn P. Pediatric biliary imaging. In: Stringer D, Babyn P, eds. *Pediatric gastrointestinal imaging and interventions*. 2nd ed, London: B.C. Decker Inc; 2000.p.551-610.
6. Suchy FJ. Diseases of the Gallbladder. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson textbook of pediatrics*. 18th ed, Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.chapter 363.
7. Challapalli M, Katerji A, Cunningham DG. Scarlet fever with acute hydrops of the gallbladder. *Pediatr Infect Dis J* 1988;7:527-528.
8. Strauss RG. Scarlet fever with hydrops of the gallbladder. *Pediatrics* 1969;44:741-745.
9. Abdullah A, Singer JI, Koontz S. Right upper quadrant mass. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:495-497.
10. Lugo-Vicente HL. Trends in management of gallbladder disorders in children. *Pediatr Surg Int* 1997;12:348-352.
11. Watanabe T, Baba Y. Gallbladder wall thickening in a patient with acute poststreptococcal glomerulonephritis. *Eur J Pediatr* 2009;168:717-719.
12. Gutierrez Junquera C, Escudero Canto MC, Ruiz Cano R, Cuartero del Pozo I, Gil Pons E. Hepatitis colestásica como manifestación inicial de escarlatina. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:193-194.
13. Gomez-Carrasco JA, Lassaletta A, Ruano D. La hepatitis aguda puede formar parte de la escarlatina. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60:382-383.
14. Gidaris D, Zafeiriou D, Mavridis P, Gombakis N. Scarlet fever and hepatitis: a case report. *Hippokratia* 2008;12:186-187.