

HEPATITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ESCARLATINA EN PEDIATRÍA

AUTORES: Jaime Hernández Moreno, Lourdes Fuentes Domínguez, Cristina Gómez Campo, Amanda Bermejo Gómez, Miguel Ángel Roa Francia, Ruth Camila Púa Torrejón, Beatriz Fernández Prudencio. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Hay pocos casos descritos sobre la hepatitis asociada a escarlatina. La **frecuencia de dicha asociación resulta desconocida**, probablemente porque el diagnóstico de la infección por *Streptococ* del grupo A, y más concretamente en su forma de escarlatina, se basa en la clínica y el aislamiento de dicha bacteria en muestras faríngeas, sin necesidad de realizar ninguna determinación analítica. El **mecanismo de hepatotoxicidad es desconocido**, se piensa que se produce como resultado de un efecto bacteriano directo o mediado por mecanismos tóxicos o inmunológicos.

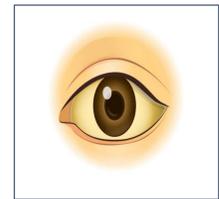
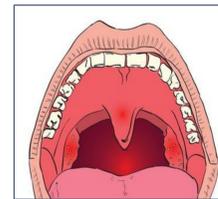
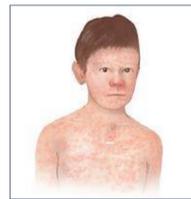
PRESENTACIÓN DEL CASO



Varón de **15 años** que ingresa en la planta de Pediatría para estudio por **fiebre e ictericia**. Presentaba además, odinofagia, **exantema**, vómitos, dolor abdominal cólico en epigastrio e hipocondrio derecho y coluria de 72 horas de evolución.

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN FÍSICA: levemente deshidratado. Bien perfundido. **Ictericia mucocutánea** generalizada. Leve **eritema puntiforme** en tronco y espalda. **Adenopatía laterocervical izquierda** móvil, no dolorosa a la palpación menor de 1cm. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, **doloroso a la palpación en epigastrio en hipocondrio derecho**, no megalias. Faringe y **amígdalas hiperémicas** sin exudado con aftas en comisura yugal izquierda.



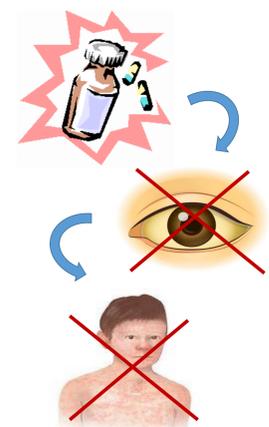
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hipertransaminasemia (GPT, 335U/l; GOT, 78U/l; GGT, 222U/l) e **hiperbilirubinemia** con bilirubina total de 3,6 mg/dl y bilirubina directa de 3,1mg/dl. Hemograma y coagulación: normales. **Serologías negativas.** Alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina e inmunoglobulinas séricas normales. Estudio de inmunidad negativo. **ASLO positivo.** Hemocultiva: negativo. Detección rápida de antígeno estreptocócico negativo y cultivo faríngeo negativo (recogido tras inicio de antibioterapia). **Ecografía abdominal sin hallazgos significativos.**



EVOLUCIÓN..

Tras cuadro compatible con infección estreptocócica (exantema escarlatiniforme, fiebre, odinofagia y ASLO positivo) se administró tratamiento con **amoxicilina oral durante 10 días desapareciendo la ictericia a los 6-7 días**, comenzando entonces con descamación fina de la piel del cuello, tronco y pulpejo de dedos.



La **bioquímica hepática se normalizó** al mes de finalizar el tratamiento antibiótico (bilirubina total 0,6 mg/dl, GOT 17U/l, GPT 8U/l, GGT, 29U/l).

CONCLUSIONES

La **hepatitis colestásica** puede asociarse a escarlatina, aunque es **poco frecuente** y la **patogenia desconocida**. Es importante tenerlo en cuenta de cara a las posibles manifestaciones de la infección estreptocócica. El **daño hepático** establecido en dicha asociación parece **autolimitado** y se resuelve de manera completa **con el tratamiento antibiótico adecuado**.