E. Lobera Gutiérrez de Pando,
J.J. García García, E. González Pascual

An Esp Pediatr 1997;46:511-512.

Artritis varicelosa preexantemática. Descripción de un caso

Introducción

La varicela, enfermedad infecciosa que todavía hoy sufren casi todos los niños, está provocada por la primoinfección de un virus tipo ADN de la familia Herpes, que produce en las reactivaciones el herpes zóster, por lo que se denomina virus varicela-zóster (VVZ). La varicela es una enfermedad que puede acompañarse de muchas complicaciones, aunque su incidencia en niños previamente sanos es muy baja. La artritis es una de ellas, pero suele presentarse muy raramente; la mayoría de veces que lo hace es de tipo supurativo, siendo los gérmenes causantes más frecuentes el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*⁽¹⁾. El origen de estas artritis sépticas está en las lesiones cutáneas sobreinfectadas por el rascado, a partir de las cuales, y por vía hematogena, los gérmenes citados diseminan hacia la articulación. Más rara es la artritis no bacteriana o aséptica. Hasta el 1992 había 19 casos descritos en la literatura⁽²⁾, desde que en 1970 fuese presentado el primer caso por Ward y Bishop⁽³⁾.

En este artículo presentamos el caso de un paciente de 3 años que sufrió una artritis varicelosa como forma de debut de la enfermedad. Según nuestros conocimientos este es el cuarto caso descrito en la literatura de artritis aséptica asociada a varicela en la que el rash apareció después del inicio de la artritis.

Observación clínica

Paciente de 3 años, varón, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor e impotencia funcional en pierna izquierda de pocas horas de evolución. No tiene antecedentes de proceso infeccioso de vías respiratorias altas, diarreas, traumatismo, amigdalitis ni exantema en los días previos, ni está tomando ninguna medicación. A la exploración física cuando llega presenta buen estado general, está afebril, no presenta lesiones cutáneas, y únicamente destaca el aspecto del tobillo izquierdo. La exploración de esta articulación presenta una tumefacción sin eritema ni equimosis, adoptando una actitud antiálgica con impotencia funcional y la movilización es dolorosa, aunque no se palpan puntos selectivos de dolor.

Se realiza radiografía simple comparativa de ambos tobillos, objetivándose un aumento de partes blandas en tobillo izquierdo, sin apreciarse lesiones óseas. En la analítica sanguínea destacan 8.200 leucocitos/ μ l (N 48%, C 12%, Eo 0%, B 0%, L 28%, M 12%), PCR = 0 mg/l, VSG 1 hora = 40 mm. Se decide practicar artrocentesis, siendo dificultosa, por lo que se obtiene líquido escaso y contaminado con sangre. El estudio de este líquido mostró 3.800 mg/l de proteínas, 42,7 mg/dl de glucosa, 300.000 hematíes/ mm^3 , 2.000 leucos/ mm^3 (95% polinucleares). En la tinción de Gram no se observaban gérmenes. Ante la sospecha de que el paciente esté iniciando una artritis séptica en tobillo izquierdo, se decide ingresar, se pauta tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno), antibiótico endovenoso con gentamicina y cloxacilina hasta la llegada de los cultivos e inmovilización de la articulación con vendaje compresivo y férula posterior de yeso.

A las 48 horas del ingreso, el paciente inicia febrícula y aparece una erupción cutánea papulovesiculosa en tronco y cara característica de la enfermedad varicelosa. Se retiran los antibióticos, pues se considera que el enfermo presenta una artritis aséptica reactiva a varicela. Se mantienen el tratamiento antiinflamatorio y la férula de inmovilización tres días más, siendo retirados posteriormente, pues el tobillo afectado no muestra ya signos flogóticos, ha desaparecido el dolor y no hay limitaciones de la movilidad, pudiendo el niño caminar con toda normalidad. Los cultivos de sangre y líquido articular practicados fueron negativos. No se pudieron realizar otros estudios en líquido articular debido a la escasa muestra obtenida.

Los anticuerpos antiestrepolisina, el factor reumatoide, el HLA-B27 y los anticuerpos anti-ANA fueron negativos. El estudio de las inmunoglobulinas y los factores C3 y C4 del complemento únicamente mostraron un incremento de la inmunoglobulina M (197 mg/dl).

Discusión

En la varicela la aparición de la complicación articular, ya rara de por sí, suele ser posterior a la aparición del exantema cutáneo, generalmente en las primeras 72 horas. No obstante, se ha descrito un caso de artritis aséptica concomitante a la varicela⁽⁴⁾ y tres casos de aparición previa (a los 2, 9, y 13 días respectivamente antes de la aparición de las lesiones cutáneas)^(5,6). Las articulaciones que suelen afectarse son, por orden de frecuencia: rodillas, tobillos, hombros y caderas⁽²⁾, pero se han des-

Servei de Pediatria (Prof. R. Jiménez), Unitat Integrada Clínic-Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona.

Correspondencia: Eduard Lobera Gutiérrez de Pando, C/ Sant Agustí 20, 3er., 08301 Mataró (Barcelona).

Recibido: Octubre 1996

Aceptado: Diciembre 1996

crito algunos casos de poliartitis⁽⁷⁾ y algunos otros con participación de pequeñas articulaciones⁽⁴⁾.

El mecanismo patogénico por el que se produce la artritis aséptica continúa siendo discutido y probablemente no existe un solo factor responsable sino que pueden existir varios mecanismos implicados. Hay autores que plantean la hipótesis de un mecanismo inmunológico como productor de artropatía, igual que en el caso de hepatitis B⁽⁸⁾. Otros defienden que está provocado por invasión directa de la sinovial por parte del virus⁽⁹⁾, igual que se produce en otras virasis como la rubéola. En contra de esta última teoría han aparecido trabajos en los que sólo se ha podido aislar el virus en dos de siete casos en los que se intentó⁽¹⁰⁾, fracasando también las técnicas de hibridación "in situ" realizadas con la intención de detectar DNA viral intracelular en líquido y membrana sinovial⁽¹¹⁾. Actualmente, no obstante, se dispone de una técnica que abre nuevas perspectivas diagnósticas: la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa). Esta nos permite la amplificación de pequeñas cantidades de ADN microbiano a partir de muestras clínicas obtenidas del paciente, con la ventaja adicional de ser una técnica relativamente rápida (más que los cultivos), lo que supone una mejor orientación terapéutica ya en las primeras fases del desarrollo de la enfermedad. En algunos casos en los que los cultivos virales de líquido articular han sido negativos, se ha podido demostrar gracias a la PCR la presencia de DNA del virus varicela-zóster en células de líquido y membrana sinovial⁽¹²⁾, dando de esta manera soporte a la hipótesis de una invasión directa por el VVZ. Desgraciadamente, debido a la escasa cantidad de muestra obtenida en nuestro caso no pudimos aplicar esta técnica.

A diferencia de las artritis supuradas, las manifestaciones inflamatorias a nivel articular suelen ser de menor intensidad y el estado general suele conservarse. También los recuentos leucocitarios en sangre periférica y la elevación de la PCR y VSG suelen ser más bajos⁽²⁾. Cabe esperar que la artritis de origen bacteriano aparezca algunos días después del exantema, dada la diseminación hematógena de los gérmenes implicados a partir de las lesiones cutáneas infectadas. El análisis del líquido articular después de practicada la artrocentesis nos ayudará a diferenciar si se trata de afectación infecciosa o inflamatoria, permitiéndonos orientar la opción terapéutica adecuada. En la forma aséptica, la mayoría de veces se obtiene líquido sinovial de color amarillento, con pleocitosis de alrededor de 5.000 células con predominio mononuclear, las proteínas suelen estar elevadas y la glucosa entre 30 y 100 mg/dl⁽¹³⁾. De todas maneras, estas características no son específicas, pues hay casos, como por ejemplo el nuestro, en los que se produce predominio celular de tipo polinuclear⁽¹⁴⁾. Los cultivos bacterianos del líquido y de sangre realizados en este tipo de artritis son negativos.

El tratamiento a realizar debe ser únicamente sintomático⁽¹⁰⁾, apreciándose rápida mejoría clínica con desaparición en pocos días de la sintomatología local, no habiéndose comunicado ningún caso con evolución crónica de la artritis^(2,7).

Consideramos que en nuestro paciente, la presencia de esta monoartritis en el contexto de una varicela clínica, con la obtención de un líquido articular no séptico, así como la rápida recuperación únicamente con terapia antiinflamatoria, la buena evolución posterior y la negatividad de los cultivos bacterianos realizados, hacen poco probables otras causas de afectación articular, por lo que atribuimos la etiología al virus de la varicela, siendo además un caso excepcional al haber aparecido la afectación articular previamente al exantema.

Es importante, pues, tener en cuenta ante una artritis la posibilidad de un contacto los días previos con varicela, no olvidando que también en otras enfermedades víricas como la hepatitis B y la rubéola, la afectación articular puede presentarse antes de las principales manifestaciones de la enfermedad.

El desarrollo y perfeccionamiento de nuevas técnicas como la PCR contribuirán a diferenciar estas formas de artritis de otras más graves, aunque todavía es necesaria su aplicación en más casos sospechosos para poder determinar con precisión las limitaciones y verdaderas prestaciones como pruebas de diagnóstico rápido.

Bibliografía

- 1 Jackson M A, Burry F, Olson L I C. Complications of varicella requiring hospitalization in previously healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 1992; **11**:441-445.
- 2 Heras Martín E, Teixidor Feliu R, Rovira Saralegui J C, Plaja Román P. Artritis no bacteriana asociada a varicela. Aportación de un caso. *An Esp Pediatr* 1992; **36**:494-495.
- 3 Ward J, Bishop B. Varicella arthritis. *JAMA* 1970; **212**:1954-1956.
- 4 Shuper A, Mimouni M, Mukamel M, Varsano I. Varicella arthritis in a child. *Arch Dis Childh* 1980; **55**:568-569.
- 5 Fierman A. Varicella-associated arthritis occurring before the exanthem. Case report and literature review. *Clin Pediatr* 1990; **29**:188-190.
- 6 Messaritakis J, Psychou F, Dracou C, Nicolaidou P, Kakourou T. Arthritis and vasculitis during the incubation period of varicella. *Acta Paediatr* 1994; **83**:681-683.
- 7 Friedman A, Naveh N. Polyarthritis associated with chickenpox. *Amer J Dis Chil* 1971; **122**:179-180.
- 8 Wands JR, Mann E, Alpert E. The pathogenesis of arthritis associated with acute hepatitis-B surface antigen-positive hepatitis. *J Clin Invest* 1975; **55**:930-936.
- 9 Younes RP, Freeman D. Chicken pox with associated arthritis. *Clin Pediatr* 1983; **9**:649-650.
- 10 Priest J, Urick J, Groth K, Balfour H: Varicella arthritis documented by isolation of virus from joint fluid. *J Pediatr* 1978; **93**:990-992.
- 11 Fink C G, Read S J, Giddins G, Eglin R P. Chicken pox infection (varicella zoster virus) and acute monoarthritis: evidence against a direct viral mechanism. *J Clin Pathol* 1992; **45**:267-269.
- 12 Baird RE, Daly P, Sawyer MH. Varicella arthritis diagnosed by polymerase chain reaction. *Pediatr Infect Dis J* 1991; **10**:950-952.
- 13 De Juan Martín F. Artritis varicelosa en la infancia. Descripción de un caso. *An Esp Pediatr* 1986; **24**:323-324.
- 14 Brook I. Varicella arthritis in childhood. *Clin Pediatr* 1977; **16**:1156.