

Exantema petequeial. ¿Por causa de una mochila?

Petekiadun exantema. Motxila baten eragina?

J.I. Montiano Jorge, A. Bosque Zabala,
C. Salado Marín

Servicio de Pediatría. Hospital de Txagorritxu. Vitoria

Correspondencia: J.I. Montiano Jorge. Servicio de Pediatría. Hospital de Txagorritxu. Vitoria

El exantema petequeial constituye un signo lo suficientemente alarmante como para poner en guardia a cualquier pediatra que deba atender pacientes de urgencias. Su asociación con cuadros extremadamente graves o con patologías de más complicada filiación, obligan a poner un especial cuidado en determinar qué hay detrás de este signo tan preocupante.

Podemos establecer un diagnóstico diferencial (Tabla I), más o menos exhaustivo, que nos ayude a enfocar al paciente. Por un lado las enfermedades hemorrágicas, donde cabrían las alteraciones vasculares, las plaquetarias y los trastornos de la coagulación, y por otro las vasculitis:

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso, iconográfico, de un lactante de tres meses que acude a urgencias de nuestro servicio, con petequias



y equimosis en ambas extremidades inferiores, con mayor relevancia en la izquierda, estando esta extremidad algo edematosa distalmente. El lactante presenta excelente

TABLA I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ETIOLÓGICO DE LESIONES PETEQUIALES

1. Enfermedades hemorrágicas

Alteraciones vasculares

Grupo heterogéneo de alteraciones vasculares (congénitas o adquiridas) que se manifiestan por:

- Hemorragias cutáneas (a veces mucosas)
- Pocas o ninguna alteración. En exámenes complementarios

Alteraciones vasculares congénitas

Alteraciones vasculares adquiridas

Alteraciones plaquetarias

A. Trombocitopenias

- Congénitas

- Adquiridas

B. Trombocitopatías

- Congénitas

- Adquiridas

Trastornos de la coagulación

2. Vasculitis

Síndrome de Schönlein-Henoch

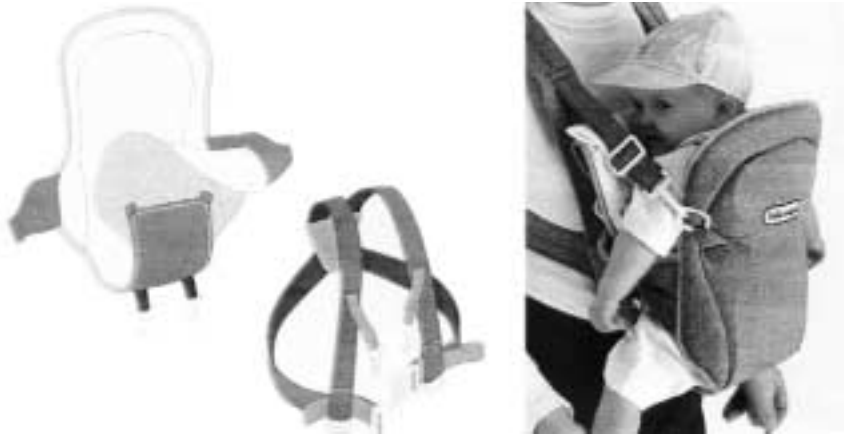
Poliarteritis nodosa (rara; arterias de pequeño y mediano calibre; piel, corazón y riñón)

Enfermedad de Kawasaki

Granulomatosis de Wegener (rara; vías altas pulmón y riñón; vasculitis necrotizante)

Arteritis de Takayasu (mujeres jóvenes-aorta)

Síndrome de Churg-Strauss (vasculitis pulmonar y sistémica, granulomas y eosinofilia: asmáticos)



estado general, está afebril y no tiene ningún otro síntoma ni signo de enfermedad. Tampoco refieren cuadro infeccioso previo. No hay antecedentes personales ni familiares de interés. Se realiza un control analítico de hemograma con fórmula leucocitaria, pruebas de coagulación, bioquímica, proteína C reactiva, sedimento y hemocultivo; realizándose un nuevo control analítico evolutivo en el plazo de veinticuatro horas; siendo todos los resultados rigurosamente normales. A los tres días, el lac-

tante seguía clínicamente bien y las petequias y equimosis estaban en fase de resolución.

En la historia clínica inicial se constataba que el lactante había estado, durante casi hora y media, en una mochila de transporte, cara a la marcha pero sin haber seguido las recomendaciones del fabricante. En dichas recomendaciones se indica que para poner al lactante cara a la marcha, se debe soltar la mochila y sujetarla de distinta forma.

CONCLUSIÓN

Al no seguir las recomendaciones del fabricante, se coloca al lactante contra una estructura que no está pensada para tal uso, con lo que la compresión que se ejerce sobre la zona proximal de las extremidades, puede suponer un riesgo de estasis, aumento de presión y aparición de petequias y equimosis (¿quizás en un individuo más susceptible por su aumentada fragilidad capilar?).

BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman RE, Robert MJ, Hal J. Nelson Tratado de pediatría. 16ª ed. McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
2. Prieto Veiga J. Pediatría. 2ª ed. S.A. de Ediciones; 1995.
3. Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. Ergon; 2001.
4. Asociación Española de Pediatría. Pediatría y sus áreas específicas. Ediciones Norma; 1997.
5. George JN. Platelets. *Lancet* 2000; **355**: 1531-9.
6. Buchanan GR. Quantitative and qualitative platelet disorders. *Clin Lab Med* 1999; **19** (1): 71-86.