

dacrioadenitis (inflamación de la glándula lagrimal), etc. Se clasifica, según su localización anatómica, en miosítica, lacrimal, anterior, apical y difusa, en este mismo orden de frecuencia⁴. Generalmente es unilateral y los casos bilaterales suelen estar más frecuentemente asociados a una enfermedad de base.

La miositis, como es el caso que presenta nuestro paciente, es la forma de presentación más frecuente. En un 90-95% es unilateral y los pacientes generalmente presentan dolor ocular, aumentado con el movimiento, y diplopía. Otros hallazgos frecuentes son hiperemia conjuntival y edema periorbitario. Es más frecuente en la juventud y la edad media de la vida, con predominancia del sexo femenino².

El diagnóstico de la EIOI se basa en la historia clínica y exploración física, con pruebas de imágenes del área afectada (TC orbitaria o resonancia magnética) que nos permiten hacer un diagnóstico de localización. En las miositis la infiltración está limitada a la musculatura, y se aprecia el engrosamiento del vientre muscular y de las inserciones tendinosas. Se deben realizar pruebas para excluir enfermedades asociadas. El diagnóstico de confirmación definitivo es la biopsia. En nuestro caso, y ante la evolución favorable, se decidió no realizarla.

El tratamiento consiste en la administración de corticoides sistémicos, con cobertura antibiótica hasta descartar una causa infecciosa. La evolución es favorable en la mayoría de los casos; incluso se han descrito casos que se resuelven espontáneamente. En ocasiones, cuando la respuesta a corticoides no es favorable, se requieren tratamientos más agresivos con inmunosupresores o radioterapia⁵.

En conclusión, la EIOI es una patología orbitaria poco frecuente, sobre todo en niños. Exige un alto índice de sospecha para un diagnóstico y tratamiento correcto.

Bibliografía

1. Birch-Hirschfeld A. Zur Diagnostic and Pathologic der Orbital Tumoren. Bericht uber die Zusammenkunft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. 1905;32:127–35.
2. Chaudhry IA, Shamsi FA, Arat YO, Riley FC. Orbital pseudotumor: Distinct diagnostic features and management. Middle East Afr J Ophthalmol. 2008;15:17–27.
3. Swamy BN, McCluskey P, Nemet A, Crouch R, Martin P, Bengler R, et al. Idiopathic orbital inflammatory syndrome: Clinical features and treatment outcomes. Br J Ophthalmol. 2007;91:1667–70.
4. Otárola F, Flores JC. Pseudotumor inflamatorio de la órbita. Caso clínico. Boletín Escuela de Medicina U C, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006;31:36–41.
5. Kanski JJ. *Oftalmología clínica*. 5.ª ed Elsevier. España; 2005. p. 580–81.

A.B. Martínez López^{a,*}, M. Peinador García^a,
J. Huerta Aragoneses^a e Y. Ruiz Martín^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ab.martinez.lopez@hotmail.com
(A.B. Martínez López).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.030

Artritis por inmunocomplejos en la infección por meningococo

Immune complex arthritis in meningococcal infection

Sr. Editor:

La artritis por inmunocomplejos (AIC) es una entidad poco frecuente, secundaria a distintas etiologías infecciosas, siendo la de origen meningocócica una de las más prevalentes. El cuadro clínico se caracteriza por tumefacción, dolor e impotencia funcional de la zona afectada, tras el 4.º-5.º día de inicio de antibioterapia. El diagnóstico es de exclusión, descartando principalmente artritis séptica, precisando en ocasiones punción articular. El tratamiento incluye el control de la infección más el empleo de antiinflamatorios, siendo necesario iniciar corticoterapia si persiste el cuadro.

Se presentan dos casos clínicos con diagnóstico compatible con AIC secundaria a enfermedad meningocócica.

Caso 1

Varón de 6 años que acude a nuestro hospital por fiebre y exantema petequial. Presenta mal estado general, mal perfundido, taquicárdico, rigidez de nuca, decaimiento y lesiones equimóticas. Ante la sospecha cuadro séptico se inicia antibioterapia empírica, precisando expansores de volumen y soporte inotrópico que progresivamente se fue retirando. Resultados microbiológicos compatibles con infección por meningococo C. Al 4.º día de evolución presenta tumefacción y dolor de ambas rodillas y codo izquierdo, dolor en la fascia plantar derecha y lesiones cutáneas induradas, calientes y eritematosas junto con reaparición de la fiebre. En la radiografía de tórax se aprecia discreto derrame pleural. La analítica de control evidencia elevación discreta de reactantes de fase aguda. En la ecografía de rodillas se aprecia un derrame articular leve. Se diagnostica de artritis, vasculitis, pleuritis y fascitis plantar por inmunocomplejos, iniciándose tratamiento con anti-

inflamatorios no esteroideos precisando corticoterapia (2 mg/kg/día) ante la persistencia de la sintomatología. Al alta mejoría clínica y analítica.

Caso 2

Varón de un mes que ingresa por fiebre, irritabilidad y rechazo de tomas. A la exploración física presenta regular estado general, irritabilidad. Resto sin hallazgos. Presentaba elevación de reactantes de fase aguda iniciándose anti-bioterapia empírica ante la sospecha de infección grave. El hemocultivo fue positivo para *Neisseria meningitidis* C. Al 4.º día de inicio de la antibioterapia, presenta dolor e impotencia funcional en el miembro superior derecho, focalizándose en el hombro. La radiografía no mostraba hallazgos patológicos. Ante la sospecha clínica de artritis por inmunocomplejos se inicia tratamiento con antiinflamatorios, cediendo al alta toda sintomatología sin secuela posterior.

La enfermedad meningocócica es una patología que presenta una elevada morbimortalidad en la edad pediátrica. Se han estudiado en profundidad las complicaciones agudas, pero existen pocas referencias respecto a las complicaciones de la fase subaguda, del 4.º al 10.º día desde el inicio de antibioterapia¹.

Estas complicaciones son las llamadas reacciones de hipersensibilidad tipo III y están mediadas por inmunocomplejos, formados por unión del antígeno polisacárido meningocócico y su anticuerpo, que mediante activación del complemento y migración de polimorfonucleares producen daño en los tejidos^{2,3}. Estas reacciones también pueden observarse en entidades tales como glomerulonefritis postestreptocócica⁴, artritis reactiva tras infección por *Yersinia enterocolitica*⁵ y enfermedad gonocócica diseminada⁶.

Las reacciones de hipersensibilidad tipo III se presentan como artritis, vasculitis, episcleritis, pericarditis, pleuritis junto con un repunte febril y una discreta elevación de reactantes de fase aguda⁷.

La artritis es la manifestación más frecuente constituyendo un 13% de los casos de complicaciones asociadas a inmunocomplejos. Afecta a rodillas, tobillos y codos principalmente. Se presenta como artralgia, inflamación articular y limitación del movimiento. En el líquido sinovial no se encuentran bacterias y el cultivo es negativo, a diferencia de la artritis séptica donde se producen crecimientos bacterianos^{1,7,8}. El tratamiento es sintomático empleando antiinflamatorios no esteroideos, y se precisan corticoides en caso de no mejoría. El tratamiento antibiótico no influye en el curso de la enfermedad⁸. El pronóstico es bueno; se encuentran pocos casos en la bibliografía con afectación del hueso subcondral, con remineralización posterior⁹.

La vasculitis se presenta como lesiones nodulares, pustulares o rash cutáneo. En la pericarditis encontramos dolor retroesternal, roce pericárdico, anomalías en el electroencefalograma y aumento de la silueta cardiaca en radiografía de tórax y ecocardiografía. La pleuritis muestra derrame pleural en la radiografía de tórax, dolor a la inspiración y roce pleural^{1,7}.

Algunos autores consideran el aumento de reactantes de fase aguda y la reaparición de la fiebre como factores pronósticos para el desarrollo de las reacciones de hiper-

sensibilidad tipo III¹⁰. Otros los consideran como un síntoma en sí mismo, previo a otras manifestaciones y su presencia debe hacernos pensar en esta posibilidad diagnóstica.¹

En resumen, debemos resaltar que la AIC es la manifestación más frecuente de la enfermedad por inmunocomplejos y su incidencia es mayor en los casos secundarios a infección meningocócica. La clínica comienza tras el 4.º-5.º día tras el inicio de la antibioterapia, y es importante realizar el diagnóstico diferencial con la artritis séptica. El tratamiento es sintomático empleando antiinflamatorios no esteroideos, precisando en ocasiones, corticoides. Por lo general, el pronóstico es excelente.

Bibliografía

- Goedvolk CA, Von Rosenstiel IA, Bos AP. Immune complex associated complications in the subacute phase of meningococcal disease: incidence and literature review. *Arch Dis Child*. 2003;88:927–30.
- Greenwood BM, Mohammed I, Whittle HC. Immune complexes and the pathogenesis of meningococcal arthritis. *Clin Exp Immunol*. 1985;59:513–9.
- Greenwood BM, Whittle HC, Bryceson ADM. Allergic Complications of Meningococcal Disease. II – Immunological Investigations. *Br Med J*. 1973;2:737–40.
- Van de Rijn I, Fillit H, Brandeis WE, Reid H, Poon-King T, McCarthy M, et al. Serial studies on circulating immune complexes in post-streptococcal sequelae. *Clin Exp Immunol*. 1978;34:318–25.
- Lahesmaa-Rantala R, Granfors K, Kekomäki R, Tovainen A. Circulating yersinia specific immune complexes after acute yersiniosis: a follow up study of patients with and without reactive arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1987;46:121–6.
- Shiel WC, Andrews BR, Friou GJ, Barada Jr FA, Scopelitis E, Martin DA. Immune complexes in synovial fluid and serum from patients with disseminated gonococcal infection: evidence for local immune complex formation within the joint. *Ann Rheum Dis*. 1986;45:816–20.
- Whittle HC, Abdullahi MT, Fakunle FA, Greenwood BM, Bryceson ADM. Allergic Complications of meningococcal disease. I – Clinical aspects. *Br Med J*. 1973;2:733–7.
- Suárez Álvarez CG, Herrero Mendoza MD, Rico Zalba L, Górgolas Hernández – Mora M, Fernández Guerrero ML. Polyserositis and arthritis in a patient with meningococcal meningitis. *Rev Clin Esp*. 2000;200:529–30.
- Olivieri I, Pifferi M, Ceccarelli M, Puccetti A, Perri G, Ughi C, et al. Erosive immune complex-mediated arthritis associated with meningococcal meningitis. *Clin Rheumatol*. 1986;5:531–4.
- Edwards MS, Baker CJ. Complications and sequelae of meningococcal infections in children. *J Pediatr*. 1981;99:540–5.

N. Saldaña García^{a,*}, J.M. Rumbao Aguirre^a,
E. Ulloa Santamaría^a y J.A. Abad Lara^b

^a *UGC Pediatría y sus áreas específicas. HU Reina Sofía. Córdoba. España*

^b *Servicio de Traumatología. HU Reina Sofía. Córdoba. España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Nataliasg.84@hotmail.com
(N. Saldaña García).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.01.015