



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

ISSN: 2174-4106

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Laliena Aznar, Sara; Cemeli Cano, Mercedes; Amiguet Biain, Mireia del Roser
Eritema tubular tras picadura de insecto
Pediatría Atención Primaria, vol. XXI, núm. 81, 2019, Enero-Marzo, pp. 45-47
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366659675008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEAP
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Eritema tubular tras picadura de insecto

Sara Laliena Aznar, Mercedes Cemeli Cano, Mireia del Roser Amiguet Biain

Pediatra. CS Valdespartera. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
31-enero-2019

Sara Laliena Aznar:
sara.laliena@gmail.com

Palabras clave:
• Linfangitis aguda
• Picadura de insecto

Resumen

La linfangitis aguda es la inflamación de los conductos linfáticos, y la etiología infecciosa es la más frecuente en la edad pediátrica. Se presentan dos casos clínicos de linfangitis tubular aguda, ambos con una lesión inicial por la picadura de un insecto.

Key words:
• Acute lymphangitis
• Insect bite

Abstract

Tubular erythem after insect bite

Acute lymphangitis is the inflammation of lymphatic channels. Usually, in pediatrics, it is due to an infectious cause. We present 2 cases of acute tubular lymphangitis, both initiated after an insect bite.

INTRODUCCIÓN

La linfangitis es la inflamación de los conductos linfáticos debido a causas infecciosas o no infecciosas, la infecciosa es la etiología más frecuente en la edad pediátrica.

Habitualmente la linfangitis se desarrolla tras la inoculación de un germen a través de la piel, la puerta de entrada puede ser una solución de continuidad en la piel o una picadura. Las bacterias que con más frecuencia la producen son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Niño de 11 años que consulta por dolor en el pie derecho tras una picadura de insecto en el tercer dedo el día anterior. En la exploración se aprecia edema marcado en dicho dedo, un punto blanquecino en la cara inferior de la falange distal y un eritema tubular en el empeine (**Fig. 1**). No tenía adenopatías regionales con signos inflamatorios. Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral, pero 8 horas después presentó fiebre y empeoramiento del estado general, por lo que se derivó para ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico intravenoso.

Cómo citar este artículo: Laliena Aznar S, Cemeli Cano M, Amiguet Biain MR. Eritema tubular tras picadura de insecto. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:45-7.

Figura 1. Edema en el tercer dedo del pie derecho. Trayecto tubular eritematoso e indurado, doloroso a la palpación, que se extiende por el empeine, desde la falange proximal de tercer dedo hasta la cara anterior del tobillo



Figura 2. Trayecto tubular eritematoso que se extiende desde la picadura en el antebrazo hasta la axila



- Linfangitis nodular: forma infrecuente causada por bacterias atípicas como *Nocardia*, *Leishmania*, *Sporothrix schenckii* y algunas micobacterias atípicas.

La linfangitis aguda tubular se caracteriza por la presencia de un trayecto enrojecido lineal que comienza en la zona de inoculación del germen, y también pueden afectarse los ganglios linfáticos regionales que reciben el drenaje del trayecto linfático afectado. Es frecuente la asociación de síntomas sistémicos como fiebre y cefalea.

El agente etiológico más frecuente en pacientes inmunocompetentes es el *Streptococcus pyogenes*, seguido por el *Staphylococcus aureus*. En pacientes inmunodeprimidos, la linfangitis puede también estar producida por gérmenes gramnegativos².

El mecanismo por el que se produce la lesión inicial o el área geográfica de donde proviene el paciente puede ayudar a sospechar agentes causales no habituales (Tabla 1)³.

También se han descrito casos de linfangitis causadas por agentes no infecciosos como vacunas, la prueba de la tuberculina o picaduras de insectos o arañas, entre otros⁴. En estos últimos casos, existe controversia en la literatura médica sobre el manejo inicial del paciente, ya que podrían evolucionar de forma favorable con tratamiento antihistamínico y corticoideo; por lo tanto, se podría plantear no asociar inicialmente un tratamiento antibiótico en los casos que no presenten síntomas generales como fiebre o adenopatías regionales, siguiendo un control ambulatorio estrecho.

Caso 2. Niña de cinco años que consulta tres días después de la picadura de un insecto en el antebrazo izquierdo. En la exploración se observa y se palpa eritema tubular, indurado, no doloroso a la palpación, que se extiende desde el antebrazo hasta la axila (Fig. 2). No se palpan adenopatías. La niña presenta un excelente estado general, sin fiebre. Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico por vía oral, con buena evolución de la lesión.

DISCUSIÓN

La linfangitis es la infección bacteriana aguda de los vasos linfáticos y puede manifestarse en distintas formas¹:

- Linfangitis aguda reticular: área inflamada con enrojecimiento difuso, sin observarse trayecto indurado lineal.
- Linfangitis aguda tubular: trayecto lineal que discurre desde la zona de entrada del germen (herida, picadura...) y se dirige hacia los ganglios regionales.
- Linfangitis aguda recidivante: brotes repetidos de linfangitis.

Tabla 1. Causas de linfangitis³

Agente etiológico	Exposición	Evolución
Linfangitis aguda bacteriana		
<i>Streptococcus pyogenes</i> (menos frecuente <i>Staphylococcus aureus</i>)	Infección cutánea localizada	Aguda (<24-48 horas)
<i>Pasteurella multocida</i>	Mordedura de perro o gato	Aguda (<24-48 horas)
<i>Spirillum minor</i>	Mordedura de rata	Aguda, periodo de incubación 1-3 semanas
Linfangitis nodular (síndrome linfocutáneo)		
<i>Sporothrix schenckii</i>	Tierra, flores con espina	Insidiosa, periodo de incubación 1-12 semanas
<i>Mycobacterium marinum</i>	Pescado, marisco, acuario, estanque	Insidiosa, periodo de incubación 2-4 semanas
<i>Nocardia brasiliensis</i>	Tierra	Insidiosa, periodo de incubación 2-4 semanas
<i>Leishmania brasiliensis</i>	Áreas endémicas, picadura de tábano	Insidiosa, periodo de incubación 2-8 semanas
<i>Wuchereria bancrofti</i>	Áreas endémicas, picadura de mosquito	Aguda o crónica

Sin embargo, definir la etiología de la linfangitis supone un reto diagnóstico, y siempre debemos valorar la posibilidad de una causa no infecciosa.

El diagnóstico es clínico, pero se puede realizar un estudio microbiológico para llegar al diagnóstico etiológico en casos de mala evolución o sospecha de gérmenes no habituales; bien por el cultivo de una muestra de la infección primaria, por serologías o reacción en cadena de la polimerasa, en casos en los que se sospeche gérmenes menos habituales.

El tratamiento empírico de elección es amoxicilina-clavulánico por vía oral si el paciente tiene buen estado general. En caso de existir afectación del estado general o mala evolución con el antibiótico oral sería preciso administrar el tratamiento por vía intravenosa.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes fueron diagnosticados de linfangitis tubular aguda por picadura de insecto.

El primer paciente presentaba una lesión inicial compatible con una picadura con signos de sobreinfección bacteriana y, pese a haber iniciado antibioterapia oral de amplio espectro de forma precoz, presentó una mala evolución que obligó a administrar tratamiento intravenoso, lo que apoya la sospecha de una etiología bacteriana.

El segundo paciente supuso un reto diagnóstico, ya que la picadura inicial no presentaba signos de sobreinfección, por lo que la linfangitis podía no ser de causa infecciosa sino una reacción inflamatoria a los antígenos de la saliva del insecto; sin embargo, ante la imposibilidad de un seguimiento estrecho en días posteriores, se decidió iniciar antibioterapia precoz de amplio espectro, en este caso con una evolución satisfactoria.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naya C. Guía clínica de linfangitis. En: Guías Fisterra [en línea] [consultado el 28/01/2019]. Disponible en www.fisterra.com.ar-bvhumas.a17.csinet.es/guias-clinicas/linfangitis/
2. Spelman D. Lymphangitis. En: UpToDate [en línea] [consultado el 28/01/2019]. Disponible en www.uptodate.com/contents/lymphangitis
3. Long S. Pediatric infectious diseases. 4.ª edición. Londres: Churchill Livingstone Elsevier; 2012.
4. Cohen BE, Nagler AR, Pmeranz MK. Nonbacterial causes of lymphangitis with streaking. J Am Board Fam Med. 2016;29:808-12.