

Coagulación intravascular localizada en paciente pediátrica con malformación veno-linfática infectada: reporte de un caso.

Marilyn Torcat¹, Leopoldo Mendez², Fernada Tabilo³

1. Pediatra, departamento de Pediatría Hospital Dr Franco Ravera Zunino, 2. Becado Hematología-Oncología Pediátrica Pontificia Universidad Católica de Chile, 3. Becada Hematología-Oncología Pediátrica Universidad de Chile

Paciente femenina en quien, a las 29 semanas de gestación, se realiza una resonancia magnética fetal que evidencia una malformación vascular linfática macroquística cérvico-torácico-axilar derecha, sin compromiso de la vía aérea. Tras el nacimiento, presenta múltiples hospitalizaciones por hematomas cervicales, hemorragias posteriores a escleroterapia y, en abril de 2025, por artritis séptica de cadera. Esta última es intervenida quirúrgicamente, con buena respuesta clínica a las 48 horas, evidenciada por una disminución mayor al 50% en los parámetros inflamatorios y resolución de la fiebre. En el cuarto día postoperatorio reaparece la fiebre, con evolución a sepsis. Se decide escalar la terapia antibiótica, ajustando las dosis de vancomicina según niveles y considerando el flujo vascular. Posteriormente, la paciente desarrolla signos inflamatorios locales y un aumento de volumen en la malformación vascular, asociado a niveles elevados de dímero D y sospecha de complicación infecciosa. Se inicia anticoagulación y, tras evaluación por un especialista, se confirma el diagnóstico de coagulación intravascular localizada. Al día 25 de tratamiento, la paciente presenta una evolución favorable: afebril, con proteína C reactiva <100 mg/L. Se ajusta el esquema a ampicilina/sulbactam y, posteriormente, se realiza transición a amoxicilina-ácido clavulánico, completando exitosamente los 90 días de tratamiento. Las malformaciones vasculares son anomalías que se caracterizan por un curso clínico desigual y propiedades biológicas, inmunitarias, citológicas e histológicas específicas. Epidemiológicamente son infrecuentes. Su sistema de clasificación general se divide en bajo o alto flujo. Aumentan de tamaño proporcionalmente al crecimiento del niño y su expansión repentina puede deberse a una infección, cambios hormonales o traumatismos. La infección en malformaciones de bajo flujo es poco común, pero representa un desafío diagnóstico y terapéutico difícil. Los episodios agudos de hinchazón ocurren con relativa frecuencia, a menudo debido a hemorragia intralesional. Los signos cardinales de fiebre, dolor, eritema y calor solo están presentes de manera variable durante los episodios infecciosos de malformaciones de bajo flujo. Se ha reportado que el cultivo positivo de microorganismos es raro. Hay información limitada en la literatura sobre microorganismos causantes. Esto, junto con la dificultad de diferenciar el sangrado agudo de la infección aguda, ha llevado a algunos médicos a abogar por que todos los episodios de hinchazón aguda sean tratados con antibióticos para evitar que las hemorragias intralesionales progrese a infección. Los ciclos estándar de antibióticos pueden ser inadecuados para erradicar las bacterias de malformaciones de bajo flujo, y se ha presentado evidencia de que los ciclos más largos de antibióticos de 6 a 24 semanas pueden reducir significativamente el riesgo de infección recurrente.