

# Reacción exantemática y conjuntivitis en inmigrante joven

Pedro Gargantilla<sup>a</sup>, Emilio Pintor<sup>b</sup> y Berta María Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Hospital El Escorial, <sup>b</sup>Departamento de Especialidades Médicas. Universidad Europea de Madrid y <sup>c</sup>Servicio Ginecología. Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid. España.

## Caso clínico

Paciente de 32 años, de nacionalidad marroquí, residente en España desde hace 6 años, sin antecedentes personales de interés. Desde hace 3 días presenta malestar general, tos sin expectoración, rinorrea, mialgias, artralgias, sensación distérmica no termometrada. A estos síntomas se añadía la existencia de un cuadro ocular caracterizado por enrojecimiento ocular, sensación de cuerpo extraño en ambos ojos y secreción acuosa-purulenta de predominio matutino. El paciente acude a urgencias porque desde hace aproximadamente 4-6 h presenta una reacción exantemática generalizada pruriginosa. No ha recibido ningún tratamiento farmacológico, puesto que no acudió a su médico.

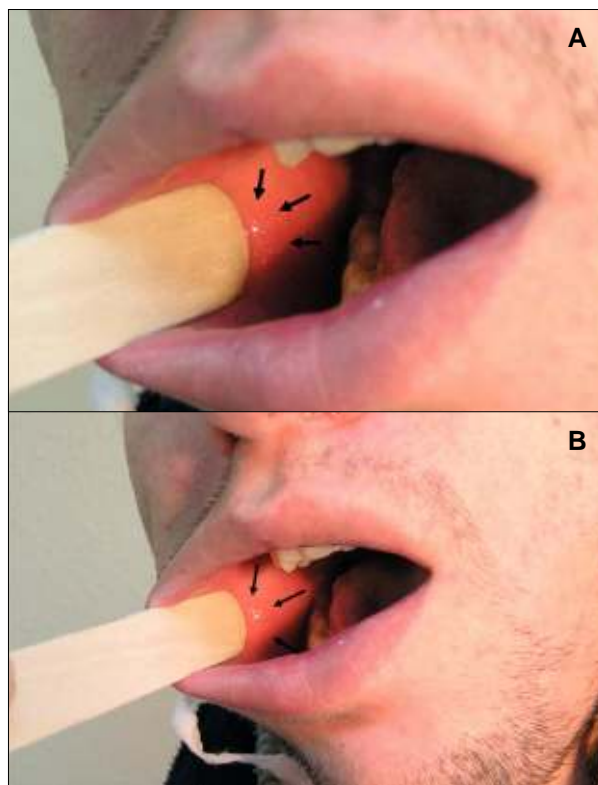
Exploración física: presión arterial: 120/70 mmHg; temperatura: 38,2 °C Buen estado general. Bien hidratado, nutrido y profundido. Exantema eritematoso generalizado con afectación de palmas y plantas de predominio central. Cabeza y cuello: inyección conjuntival bilateral. Destaca la presencia de múltiples lesiones blanquecinas de 1-2 mm de diámetro sobre fondo eritematoso de la mucosa geniana a nivel del segundo molar (figs. 1A y B). Tórax: AC: no soplos. AP: mvc. Resto de la exploración normal.

## Evolución

El diagnóstico diferencial de este paciente, inmigrante del norte de África sin haber recibido pautas de vacunación occidental, debe realizarse entre aquellas enfermedades que causan la aparición de un cuadro eruptivo febril, fundamentalmente sarampión, rubéola y escarlatina. La presencia de cuadro con exantema, rinoconjuntivitis y el hallazgo de lesiones blanquecinas, del tamaño de un grano de sal, sobre un fondo rojizo y localizadas próximas al segundo molar son conocidas como manchas de Koplik, establecieron el diagnóstico de sarampión en este adulto.

## Comentario

El sarampión es una infección viral, altamente contagiosa, que afecta predominante a la población infantil y adultos jóvenes. Clínicamente se caracteriza por ser un cuadro con fiebre alta y la aparición de un exantema maculopapular junto con síntomas de rinoqueratoconjuntivi-



**Figura 1A y B.** Imagen de mucosa geniana derecha: se observan múltiples lesiones blanquecinas de 1-2 mm (flechas) sobre fondo eritematoso a nivel del 2º molar.

tis. En ocasiones, en fases iniciales de la aparición del exantema puede confundirse con la rubéola<sup>1</sup>.

Aunque diferentes autores durante la segunda mitad del siglo XIX hacían referencias a lesiones blanquecinas en la mucosa oral en pacientes con sarampión, fue el pediatra americano Henry Koplik<sup>2</sup> quien en 1896 publicó un artículo sobre este tipo de lesiones que son patognomónicas del sarampión y que desde entonces se conocen como manchas de Koplik<sup>3,4</sup>. Estas manchas suelen aparecer en las fases iniciales de la infección<sup>5</sup> y desaparecer poco después que aparezca la erupción cutánea. Ocasionalmente a nivel oral y gingival pueden aparecer otro tipo de lesiones<sup>6</sup>.

En España, con el establecimiento de la vacunación masiva contra el sarampión incluida en los calendarios vacunales a finales de la década de 1980, la tasa de casos de sarampión ha ido disminuyendo de tal forma que en 2001 se inicia el plan de eliminación del sarampión en España<sup>7</sup>. En los últimos años, se ha visto un ligero incremento en el número de casos y en especial en la población adulta joven<sup>8</sup>.

Correspondencia: Dr. E. Pintor.  
Departamento de Especialidades Médicas Aplicadas.  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.  
Tajo, s/n. 28670 Villaviciosa de Odón. Madrid. España.  
Correo electrónico: emilio.pintor@uem.es

Manuscrito recibido el 19-2-2007; aceptado el 6-3-2007.

En la última década, la llegada de importante población inmigrante, procedente en ocasiones de comunidades socioeconómicamente deprimidas, donde con frecuencia han recibido un programa de vacunación incorrecto o insuficiente<sup>9</sup>, puede incrementar el número de casos de infecciones como el sarampión, la parotiditis<sup>10</sup> o la rubéola, a los que la población autóctona ya está inmunizada.

## Bibliografía

1. Cunha BA. Smallpox and measles: historical aspects and clinical differentiation. *Infect Dis Clin North Am.* 2004;18:79-100.
2. Markel H. Henry Koplik, MD, the Good Samaritan Dispensary of New York City, and the description of Koplik's spots. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150:535-9.
3. Tierney LM Jr, Wang KC. Images in clinical medicine. Koplik's spots. *N Engl J Med.* 2006;354:740.
4. Suringa DW, Bank LJ, Ackerman AB. Role of measles virus in skin lesions and Koplik's spots. *N Engl J Med.* 1970;283:1139-42.
5. Goracci G, Bertucci R. Koplik's spots in measles – an aid in early diagnosis. *Odontostomatol Trop.* 1981;4:175-8.
6. Katz J, Guelmann M, Stavropolous F, Heft M. Gingival and other oral manifestations in measles virus infection. *J Clin Periodontol.* 2003;30:665-8.
7. Instituto de Salud Carlos III. Plan de Eliminación del Sarampión. 2000. Disponible en: <http://cne.isciii.es/vacuna/sara.pdf>
8. Peña-Rey Lorenzo I, Santa-Olalla Peralta P, Amela Heras C. Sarampión en España, desplazamiento a población adulta. *Aten Primaria.* 2004;33:200-2.
9. Greenaway C, Dongier P, Boivin JF, Tapiero B, Miller M, Schwartzman K. Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees. *Ann Intern Med.* 2007;146:20-4.
10. Kancherla VS, Hanson IC. Mumps resurgence in the United States. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:938-41.