



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 469/43 - EXANTEMA DURANTE ANTIBIOTERAPIA. NO SIEMPRE REACCIÓN MEDICAMENTOSA

M. Noguero Pueyo<sup>1</sup>, C. Sarabia Martínez<sup>1</sup>, J. Bon Ribera<sup>1</sup>, G. Castaño Doste<sup>2</sup>, I. Mar Hernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez González<sup>1</sup>, J. Eito Cuello<sup>3</sup>, M. Arévalo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Huesca. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barbastro. Huesca. <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Barbastro. Huesca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 24 años, sin antecedentes patológicos, que acudió a Urgencias por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas en manos y pies. Refería comienzo del exantema tras la toma de tres comprimidos de amoxicilina-clavulánico, prescrito por su médico de cabecera por amigdalitis. El cuadro comenzó cuatro días antes con odinofagia y disfagia que han persistido, sin fiebre, tos, expectoración, ni disnea. No artromialgias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Bien perfundida e hidratada. Normocoloreada. Eupneica. Afebril. No adenopatías palpables. Lengua aframbuesada. Faringe eritematosa. Amígdalas hiperémicas e hipertróficas, sin exudado mucopurulento. Tonos rítmicos, sin soplos audibles. Normoventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Pápulas en manos y pies simétricas bilaterales, con focos de confluencia, que no blanquean totalmente a la vitropresión. Con edema duro acompañante. Hemoglobina 12 g/dL. Leucocitos  $11,8 \times 10^9/L$ . Neutrófilos 93,5%. Plaquetas  $410 \times 10^9/L$ . Ante la sospecha de exantema medicamentoso se inicia tratamiento con antihistamínicos y metilprednisolona IV. Sin embargo, las lesiones cutáneas aumentan de intensidad, mejorando únicamente al aplicar hielo local. Consultado con Dermatología, ante la coexistencia de clínica faríngea se sospecha proceso infeccioso. Un test rápido de detección de antígeno estreptocócico a nivel amigdalar confirma infección por estreptococo. Con el diagnóstico de escarlatina se completa tratamiento antibiótico con clindamicina y antihistamínico vía oral, con evolución favorable y resolución completa del cuadro.

**Juicio clínico:** Escarlatina. Enfermedad infecciosa causada por toxina pirogénica de *Streptococcus pyogenes*.

**Diagnóstico diferencial:** Exantema medicamentoso alérgico. Exantema vírico. Exantema en relación a infección bacteriana.

**Comentario final:** Aun teniendo en cuenta la posibilidad de reacciones medicamentosas cuando se presenta afectación cutánea durante la administración de antibióticos, es importante el contexto infeccioso para plantear otras alternativas que, como en este caso, pueden ser diagnosticadas con test de fácil aplicación.

### Bibliografía

Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The rash with maculopapules and fever in adults. Clin Dermatol. 2019;37(2):109-18.

Drug and Therapeutics Bulletin. Managing scarlet fever. BMJ. 2018;362:k3005.