



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

242/2247 - EL NIÑO ME HA PEGADO "ESE" VIRUS

N. Rodríguez Panedas^a, M. Hernández Carrasco^b, B. Blanco Polanco^c, I. Pérez Arevalo^d, L. Pérez Rubio^d y C. Laserna del Gallego^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años, sin alergias. Intolerancia a la lactosa. Esofagitis eosinofílica. Poliposis nasal, sinusitis de repetición. Intervenido de fimosis. No tratamientos ni tóxicos. AFyC: familia nuclear, fase de expansión. Dos hijos pequeños. EA: Acude por exantema pruriginoso de un mes de evolución. Refiere aparición de lesiones palmoplantares redondeadas, con extensión a abdomen, raíz de extremidades y cavidad oral. Valorado varias veces por este proceso, mejoría con antihistamínicos y corticoides, con rebrote de las lesiones al dejar el corticoide. Tratamiento con amoxicilina-clavulánico por sinusitis aguda, finalizado dos días antes del inicio de la clínica. No fiebre ni otra sintomatología. Uno de sus hijos proceso reciente de enfermedad mano-pie-boca.

Exploración y pruebas complementarias: TA 117/75. FC 104. SatO2 98%. Afebril. BEG, normohidratado. CyC: no adenopatías. Orofaringe con lesiones anulares en pilares faríngeos. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Extremidades: lesiones eritematosas sobreelevadas en diana dispersas predominando en palmas-plantas. Analítica: hemograma: leucocitos 14.600 (N 92,2%), resto normal. Bioquímica: glucosa, perfiles hepático, renal, iones normales. Ferritina, fólico, B12 normales. PCR14. Proteinograma normal. Autoinmunidad: ANA, AMA, asma, antiLKM negativos. Serologías: VHB, VHC, VIH, Toxoplasma negativas. IgG+ de CMV, VEB, VVZ, VHS, Coxackie y Mycoplasma, con IgM-.

Juicio clínico: Eritema multiforme minor.

Diagnóstico diferencial: Primoinfección herpética, estomatitis aftosa recidivante, pénfigo, penfigoide, síndrome de Sweet, Stevens-Johnson, urticaria, lupus subagudo, vasculitis.

Comentario final: Se reanuda metilprednisolona y se deriva a M. Interna para ampliar estudio. Se realizan serologías, que resultan negativas y se asocia valaciclovir, desapareciendo las lesiones. El eritema multiforme es una erupción cutánea de etiopatogenia mal definida, con un espectro de gravedad amplio. Los hallazgos de laboratorio en el EM menor son normales. Múltiples desencadenantes: infecciosos en un 40% (VHS, Mycoplasma pneumoniae), 10% por fármacos y 50% idiopático. El tratamiento es principalmente sintomático con antihistamínicos, analgésicos, corticoides y etiológico si se detecta la causa.

Bibliografía

1. Molina-Leyva A, Crespo-Lora V, Naranjo-Sintes R. Eritema multiforme: descripción de casos y variantes fenotípicas. *Semergen*. 2015;41(4):232-4.
2. Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. Eritema multiforme. Revisión y puesta el día. *RCOE* 2004;9(3):415-23.
3. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol*. 2012;51:889-902.

Palabras clave: Eritema multiforme. Enfermedad de boca, mano y pie. Exantema.