

424/3090 - ¿Y ESAS PLACAS REBELDES?

M. Belmonte Cerdán¹, J. Martínez Belvís², J. Moran Morin³ y B. Pelegrín López⁴

¹Médico Pediatra. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla Sangonera La Seca. Murcia. ⁴Medico Pediatra. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Escolar de 13 años que acudió a la consulta por odinofagia, fiebre de 40 °C, astenia intensa y malestar general de 3 días de evolución. En la exploración física se evidenciaron exudados amigdalares bilaterales y adenopatías laterocervicales, por lo que se inició tratamiento con amoxicilina. Tras seis días de tratamiento el paciente consultó por empeoramiento pese a tratamiento, decidiéndose realización de test rápido del estreptococo que resultó negativo. Se suspendió tratamiento ante sospecha de mononucleosis Infecciosa, solicitando serología y hemograma. A las 24 horas el paciente acudió nuevamente por presentar exantema maculopapular pruriginoso, bilateral y simétrico, distribuido en tórax, abdomen, espalda y extremidades, con afectación de palmas y plantas, sin vesículo-ampollas, ni lesiones costrosas. Dada la evolución del cuadro y el antecedente de la amoxicilina se confirmó el "ampicillin rash" y se continuó tratamiento sintomático hasta resolución del cuadro, pudiendo confirmar la infección primaria reciente de VEB.

Exploración y pruebas complementarias: Orofaringe: exudados amigdalares bilaterales. Abdomen: esplenomegalia. Test rápido del Streptococo: negativo. Analítica: PCR 2 mg/dl, leucocitosis de 22.500 ?l, linfocitos 60% y elevación de GOT 70 U/l y GPT 126 U/l. Serología: VEB Ig G+, IgM +. CMV IgG+, lúes -. VIH -. Virus hepatotropos negativos.

Orientación diagnóstica: Inicialmente se trató al paciente como si se tratara de una amigdalitis aguda, que se descartó tras la realización del test rápido del estreptococo asociado a la no mejoría con antibiótico. Al realizar las pruebas complementarias, y viendo la evolución del cuadro, se orientó hacia una mononucleosis infecciosa que finalmente se confirmó.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis aguda, leucoplasia oral vellosa, mononucleosis infecciosa.

Comentario final: Dado que disponemos de test rápidos que nos descartan algunas entidades infecciosas, debemos utilizarlos para la buena praxis y la toma de decisiones con respecto a terapias antibióticas. Es importante la anamnesis minuciosa de los pacientes, ya que pueden ahorrarnos tiempo y recursos. ¡Unas placas no siempre son una amigdalitis!

Bibliografía

1. Santos-Alarcón S. Erupción exantemática en paciente con mononucleosis infecciosa inducida por aminopenicilina. Elsevier.

2. Kliegman RM. Nelson. Tratado de Pediatría, 20^a ed. Elsevier.

Palabras clave: Amigdalitis aguda. Exantema. Síndrome mononucleósico. Mononucleosis infecciosa.