



Exantema y Faringoamigdalitis: Claves para un correcto tratamiento

Josefa Ares Alvarez

Noviembre 2015

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 14 años que acude al Servicio de Urgencias del hospital de referencia por una erupción cutánea.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Dermatitis atópica leve. Calendario de vacunación completo.

HISTORIA CLÍNICA ACTUAL:

- Exantema pruriginoso, de progresión centrífuga en las últimas 12 horas
- No se acompaña de fiebre ni otra sintomatología .
- No refieren cambios en hábitos diarios, ni contacto con productos nuevos, ingesta de alimentos no habituales, ni contacto con animales
- No hay otras personas en su medio con cuadro similar
- Refiere al menos dos episodios de sudoración profusa en noches previas.
- El día anterior finalizó el tratamiento con Amoxicilina por una “faringitis” bacteriana sin confirmación con TDR para EBHGA ni cultivo

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- BEG, normohidratado, eupneico.
- **Exantema macular generalizado, más acentuado en tronco que respeta palmas y plantas. No lesiones de rascado. No edema de tejidos blando ni articulares.**
- No presenta adenopatias cervicales significativas ni hepato/esplenomegalia
- ORL: no hipertrofia amigdalар ni exudados, ni enantemas.
- Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad.

JUICIO CLÍNICO: Exantema pruriginoso inespecífico..

TRATAMIENTO: Desloratadina 5 mg/día



¿SE PUDO PENSAR EN OTRO DIAGNÓSTICO EN ESTE MOMENTO?

Cuando nos encontramos delante de un niño con un exantema tendríamos que descartar:

- En primer lugar, que no sea una patología grave que requiera atención urgente
 - Historia clínica y exploración física descartan patología grave.
 - No había signos de alarma: FIEBRE, AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL, IRRITABILIDAD, EXATEMA PETEQUIAL , LESIONES AMPOLLOSAS.
- En segundo lugar, hacer el diagnóstico etiológico si es posible:
 - Antecedente de faringitis bacteriana sin confirmación con TDR ni cultivo: Podríamos estar ante un cuadro vírico desde hace una semana:.
 - Tratamiento con Amoxicilina hasta el día anterior: Un cuadro de alergia tardía a Amoxicilina. Suele aparecer entre 6 horas tras la exposición y, en general, después de unos días de tratamiento, incluso tras su cese. Incluso puede iniciarse después de varias semanas de tratamiento continuo (síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos)

- **Tabla 1:** En las reacciones tardías podríamos encontrar signos de alarma que comprometieran la evolución del paciente y que precisarían tratamiento urgente. No presentes en nuestro paciente
- **Tabla 2:** Signos de una reacción tardía IVb: presentes en nuestro paciente

Tabla 1

SIGNOS DE ALARMA DE LAS REACCIONES RETARDADAS (Bircher A. Toxicology 2005; 209: 201-7)

Lesiones eritematosas, infiltradas

- ★★ Edema facial (central)
- ★★ Tumefacción eritematosa difusa
- ★★ Afectación cutánea extensa
- ★★ Eritrodermia
- ★★ Placas infiltradas
- ★★ Lesiones “en diana” atípicas

Lesiones bullosas o vesiculosas

- ★★★ Piel “dolorosa” (precoz)
- ★★★ S. de Nikolsky positivo
- ★★★ Epidermólisis
- ★★ Vesículas, bullas
- ★★ Erosiones mucosas

Lesiones hemorrágicas

- ★★ L. necróticas
- ★★ L. hemorrágicas
- ★ Púrpura palpable

★★★ *Suspender y tratar inmediatamente.*

★★ *Suspender fármaco y tratar cuando sea posible.*

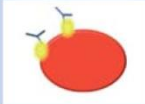
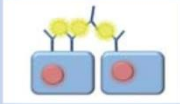
★ *Suspender tan pronto como sea posible y tratar si se requiere.*



REACCIONES TARDÍAS A FÁRMACOS



Tabla 2

| | | | |
|--|---|--|--|
|  TIPO II. Lisis celular inducida por IgG o IgM | <i>LATENCIA: desde días a meses</i> – Anemia hemolítica – Trombopenia – Neutropenia | – Test de Coombs – Ac. frente a plaquetas – Ac. frente a neutrófilos | PEC CONTRAINDICADA |
|  TIPO III. Inmunocomplejos IgG y/o activación de complemento | <i>LATENCIA: de días a meses (se acorta en reexposición)</i> – Enf. del suero (2-21 días) – Vasculitis – Glomerulonefritis – Fiebre medicamentosa | – C3, C4, ANA, ANCA, función hepática y renal – Anatomía patológica | PEC CONTRAINDICADA |
| TIPO IVa. Linfocitos Th1, síntesis de INF- γ , TNF- α , IL-18 con activación de macrófagos | <i>LATENCIA: 7-21 días</i> – Dermatitis de contacto | – TTL (test de transformación linfocitaria) – Estudios de citotoxicidad | Pruebas de PARCHE |
| TIPO IVb. Linfocitos Th2, con secreción de IL-4, IL-5, IL-13, y eosinofilia | <i>LATENCIA: de 4-21 días</i> – Exantemas maculopapulosos – S. de hipersensibilidad inducido por fármacos (DiHS/DRESS) | – Estudios de activación – Producción de citocinas | – Pruebas de PARCHE Lectura tardía IDR – PEC CONTRAINDICADA (en DRESS) |
| TIPO IVc. Mediadas por células T citotóxicas, eliminan las células tisulares o inducen su apoptosis | <i>LATENCIA: 4-21 días</i> – S. de Stevens-Johnson (SJS) y necrólisis epidérmica tóxica (TEN) – R. organoespecíficas: - Nefritis intersticial - Neumonitis - Hepatitis | | – No se recomiendan pruebas de parche, ni lectura tardía de la IDR – PEC CONTRAINDICADA |
| TIPO IVd. Inflamación neutrofilica, mediada por células T | <i>LATENCIA: >3 días</i> – Pustulosis exantemática aguda generalizada (AGEP) | | – Pruebas de PARCHE – Lectura tardía IDR |
| Autoinmunidad inducida por fármacos | – Lupus – Pseudo-pénfigo – Dermatitis bullosa por IgA | | |
| Exantema fijo pigmentario | | | Pruebas de PARCHE (en el área afecta) |
| Anafilaxia no mediada por IgE | | Triptasa seriada TAB (T. de activación de basófilos) | |

Un exantema maculopapular que aparece varios días tras el inicio de un tratamiento sistémico es la forma más común de una reacción alérgica retardada a medicamentos

EVOLUCIÓN Y DECISIONES CUESTINABLES

- Nuestro paciente acude a las 24 horas al centro de salud :
 - Persiste exantema que no es de características urticariales
 - TRD para EBHGA: **negativo** .
 - Diagnóstico : **urticaria**
 - Tratamiento: **Metilprednisolona 40 mg IM**
 - Prednisona 30 mg oral durante tres días

- Tres días después acude por dolor abdominal. Continúa afebril :
 - Exploración física
 - Exantema macular generalizado en tronco y EESS.
 - Hiperemia faringo -amigdalal sin exudado.
 - Adenopatias submandibulares y laterocervicales izquierdas
 - TDR para EBHGA: **positivo**
 - Diagnóstico: **Escarlatina**
 - Tratamiento: **Amoxicilina-Clavulánico 500 /125 mg cada 8h 7 días**
 - Se suspende tratamiento con prednisona oral

EVOLUCIÓN

- **Dos días después :**
 - Progresión del exantema macular , no confluyente que se extiende a zonas acras, respetando palmas y plantas y con afectación facial, no rasposo, no predominio de pliegues, no líneas de pastia, no respeta triángulo de Filatov.
 - No presenta lengua en fresa.
 - Amígdalas hipertróficas , hiperémicas , con exudado blanquecino
 - Adenopatias laterocervicales bilaterales.
 - No esplenomegalia ni hepatomegalia.
 - Se remite al Servicio de urgencias para analítica urgente:
 - **Linfomonocitosis (Leucos 18.700: N 23,9%; L 65,9%; M 9,2%)**
 - **Test rápido para VEB positivo**
 - **GOT 60 y GPT 78**

- **Diagnóstico: MONONUCLEOSIS INFECCIOSA**
 - Se suspende antibiótico. Tratamiento sintomático
 - A las 48 horas resolución casi completa del exantema..
 - Y remisión progresiva de la clínica en dos semanas.

- **Inicialmente:** Ante un exantema en el transcurso de, o inmediatamente posterior al tratamiento con amoxicilina , que además no se acompaña de fiebre, a una edad en donde los exantemas víricos son menos probables , podríamos pensar en una **reacción alérgica tardía de tipo IVb** como se puede ver en la tabla de la diapositiva 6:
 - Exantema morbiliforme rosado .
 - Habitualmente pruriginoso, de intensidad variable.
 - Lesiones simétricas que tienden a confluir.
 - Palmas , plantas y cara preservadas.
 - No hay lesiones urticariales (habones)

- **Tras el segundo TDR:** El exantema que presenta el paciente **no es escarlatiniforme ni tiene sintomatología de escarlatina:**
 - Micropapular (papel de lija), pruriginoso, inicio en cuello, predominio en pliegues. Afecta palmas y plantas .
 - Signos característicos:
 - fiebre,
 - líneas de Pastia, facies de Filatow,
 - lengua "en fresa", enantema petequial en paladar.



DISCUSIÓN

- Clínicamente **no presenta un cuadro típico de FAA por EBHGA:**
 - No tiene fiebre elevada de inicio brusco.
 - No presenta: exudado amigdalар, enantema palatino, lengua en fresa
 - No aqueja cefalea
 - Solo dolor abdominal, presencia de adenopatías y una evolución peculiar
- **Un TDR para EBHGA positivo motivó iniciar tratamiento con Amoxicilina-calvulánico:**
 - Esta combinación **nunca es de primera elección:** amplio espectro y el EBHGA no produce betalactamasas.
 - Si se considera un **fracaso bacteriológico:**
 - 1º Nuevo ciclo del mismo antibiótico
 - 2º Amoxicilina/clavulánico, VO, 40 mg/kg/día/ 3 dosis/10 días
 - **En los fracasos bacteriológicos no existe suficiente evidencia científica para recomendar un tratamiento de elección concreto.**
 - En cualquiera de los casos el uso de amoxicilina podría provocar el “**rash amoxicilínico**”, asociado a la **MONONUCLEOSIS POR VEB** (≈80%, aunque hay autores que refieren porcentajes más bajos, 30%).



DISCUSIÓN

- Varios hechos contribuyeron a la dificultad en el diagnóstico
 - La diferenciación entre MI y FAA bacteriana es en ocasiones difícil.
 - La escasa expresividad inicial típica del Sde. Mononucleósico
 - Cuestionable la indicación del 2º TDR para EBHGA.
 - Su positividad podría indicar que es un **portador**

- En la siguiente tabla se detallan los síntomas típicos de la MI y los que están o no presentes en nuestro paciente:



| MI | Síntomas presentes | Síntomas no presentes |
|------------------------|--|---|
| Pródromo: 2 semanas | Malestar, cefalea, sudoración, dolor abdominal | Mialgias, fatiga, cefalea, sensación febril |
| Fase de estado | Faringitis /odinofagia (84%) | Amígdalas cubiertas por exudados blanquecinos o grisáceo-necróticos (niños mayores) |
| | Linfadenopatias cervicales (94- 100%) | Fiebre (85-98%): elevada, 2 semanas hasta 3-4 semanas |
| | Hepatitis anictérica sin hepatomegalia | Hepatomegalia (20-30%) |
| | Exantema: 80-90% de los casos con amoxicilina/ampicilina (30% en otros informes) | Esplenomegalia (50%) máximo 2-3 ^a s. |
| | | Enantema, edema palpebral, conjuntivitis |

CONCLUSIONES

- ✓ La MI es una enfermedad benigna y autorresolutiva, con un pronóstico leve. A menudo comienza con malestar, cefalea, y fiebre baja durante 1-2 semanas, antes del desarrollo de síntomas más específicos.
- ✓ El TDR realizado al 4º día llevó al diagnóstico de Escarlatina:
 - ✓ La clínica (diapo . 9) no sugería dicho diagnóstico
 - ✓ Podríamos estar ante un portador (12% de niños)
- ✓ Antibioterapia previa (¿hasta un mes?) podría producir un falso positivo . Los restos bacterianos en faringe pueden tener cantidad importante de antígeno carbohidratado.
- ✓ La complicación local más frecuente en la MI es la SOBREENFECCIÓN BACTERIANA FARINGOAMIGDALAR, (30%):
 - ✓ Riesgo de exantema si tratamos con amoxicilina
 - ✓ Si tenemos una sospecha fundada clínica o microbiológicamente el tratamiento se debería hacer con penicilina, o macrólido

BIBLIOGRAFÍA

- Giner Muñoz MT. Alergia a medicamentos. Conceptos básicos y actitud a seguir por el pediatra. *Pediatr Integral* 2013;XVII(9): 637-651. [Citado noviembre 2015.] [Disponible en <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-11/alerxia-medicamentos-conceptos-basicos-y-actitud-seguir-por-el-pediatra/>]
- Pablos Rodríguez I. Enfermedades exantemáticas del niño. 3 clics [versión 1.0] Diciembre 2012. [citado noviembre 2015]. [Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=239&comentaris=si&lang=CAS&expandida=1>]
- Martín Ruano J., Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. *Pediatr Integral*.2014; XVIII (3): 141-152. [citado noviembre 2015]. [Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii03/01/141-152_mononucleosis_infecciosa.pdf]
- Sullivan JL. Clinical manifestations and treatment of Epstein-Barr virus infection. *UpToDate*. Mayo 2015 [citado noviembre 2015].
- Chovel-Sella A, Ben Tov A, Iahav E, Mor O, Rudich H, Paret G. *Pediatrics* . 2013; 131: e1424 [citado noviembre 2015] [Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/e1424>]
- García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Enero 2014. [citado noviembre de 2015] [Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococcico.pdf]