

Exantema máculo-papuloso generalizado con predominio en tronco y ligeramente pruriginoso

Exantema makulo-papuloso orokorra, gorputz-enborrean nagusiki, hazkura apur bat ematen duena

J.A. Vilelabeitia Deusto †

Ambulatorio / C. de S. Algorta. Getxo (Bizkaia)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 6 años, previamente sano, acude al Consultorio por un dolor de garganta y fiebre entre 38-39 °C en las últimas 48 horas acompañada de molestias abdominales, sin otros síntomas digestivos. En su historial médico constan antecedentes de faringo-amigdalitis aguda debida a estreptococo grupo A (documentada por cultivo en 2 ocasiones) en los 2 últimos años, con buena respuesta al tratamiento medicamentoso (amoxicilina-clavulánico).

Historia de episodios de broncoespasmo que responden bien al tratamiento broncodilatador y corticoides inhalados. Pruebas alérgicas practicadas con resultado negativo.

En la exploración clínica, la auscultación cardiopulmonar es normal. Palpación de abdomen normal, sin organomegalias. Amígdalas hiperémicas con escaso exudado blanquecino; petequias aisladas en el paladar. Linfadenopatías submaxilares de pequeño tamaño y no dolorosas.

Se practica un frotis faríngeo que es enviado para cultivo y se inicia pauta antibiótica con amoxicilina-clavulánico con el diagnóstico clínico presuntivo de infección de origen estreptocócico.

Evolucion: al quinto día de iniciado el tratamiento vuelve al consultorio por la erupción de un exantema ligeramente pruriginoso de pocas horas de evolución.

A la exploración, el paciente está afebril y con buen estado general. Exantema máculo-papuloso generalizado con máximo predominio en tórax (Fig. 1). En orofarínge, las amígdalas hipertrofiadas están cubiertas con un exudado blanquecino y se observa una hipertrofia moderada en ganglios de la cadena laterocervical. El abdomen es blando y no doloroso; polo inferior de bazo palpable. Hígado de tamaño normal.

El cultivo del frotis faríngeo practicado previamente fue negativo a las 72-96 horas. Se solicitaron pruebas complementarias: se-



Figura 1. Exantema generalizado.

rie roja normal; serie blanca con leucopenia y un 62% de linfocitos. Título ASLO normal. Test de mononucleosis positivo y test de anticuerpos anti-citomegalovirus resultado negativo.

Conocido el diagnóstico tras disponer de los resultados de las pruebas analíticas y descartado el diagnóstico inicial de enfermedad estreptocócica, el tratamiento antibiótico fue interrumpido y el cuadro clínico se resolvió sin más complicaciones.

PREGUNTAS

1. Con los datos presentados ¿cree que puede realizarse un diagnóstico certero? ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Realizaría alguna otra prueba de laboratorio?
3. ¿Cuál es la conducta que debe seguirse?

RESPUESTA

Mononucleosis infecciosa; exantema máculo-papuloso infeccioso por empleo de be-

ta-lactámicos en el contexto del síndrome mononucleósico.

La mononucleosis infecciosa es causada por el virus de Epstein-Barr (EBV), un virus DNA. Es un herpes virus que se ha venido relacionando con un mayor riesgo de desarrollar linfoma de Hodgkin y carcinoma nasofaríngeo aunque hasta el momento estos resultados no son trasladables a los niños^(1,2).

El período de incubación de la mononucleosis se calcula de 30 a 50 días. Con respecto a la epidemiología, se necesita contacto personal íntimo para la transmisión del EBV por la saliva, vía beso o por contacto con objetos contaminados, puede transmitirse ocasionalmente por transfusión sanguínea.

La infección se contrae en etapas tempranas de la vida y la diseminación intrafamiliar es frecuente. Mononucleosis infecciosa endémica es común donde existen agrupaciones de adolescentes como por ejemplo en instituciones educativas.

Complicaciones raras incluye ruptura esplénica, trombocitopenia, agranulocitosis, anemia hemolítica, orquitis y miocarditis.

El síndrome de la fatiga crónica no se relaciona específicamente con la infección por EBV. Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes con síntomas recidivantes presentan pruebas serológicas anormales para el EBV y otros virus.

También el EBV ha sido involucrado como causante de parotiditis y en estos casos, la parotiditis suele presentarse en el contexto de una mononucleosis infecciosa⁽³⁾.

La infección por EBV se acompaña de complicaciones neurológicas en 1-5% de los

casos, siendo la complicación más frecuente la meningoencefalitis y con menos frecuencia cerebelitis, neuritis óptica, mononeuritis y síndrome de Guillain-Barré.

Se atribuye al EBV el denominado "Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas", caracterizado por distorsiones de la imagen corporal y en la percepción del tamaño, forma, distancia o relaciones espaciales de los objetos. Habitualmente este cuadro se produce en el contexto de diversas infecciones víricas y también relacionado con episodio de migraña⁽⁴⁾.

Con respecto a las adenopatías laterocervicales, los virus frecuentemente implicados en la linfadenitis cervical en los niños son el virus de Epstein-Barr (EBV), citomegalovirus (CMV) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁽⁵⁾.

En la niñez y adultez, infecciones primarias por citomegalovirus (CMV) pueden estar asociadas con una fuerte y activa respuesta celular que puede contribuir a desarrollar un síndrome infeccioso mononucleósico similar al causado por el virus de Epstein-Barr; en este tipo de infecciones, linfocitos atípicos se pueden observar en sangre periférica asociados con una disminución del número de linfocitos TH (T helper) y con aumento de linfocitos TS (T supresores); no se entiende muy bien el por qué de este fenómeno, quizá relacionado con una infección silente.

Cultivos positivos para el beta-estreptococo hemolítico son positivos en el 30% de los pacientes con infección por EBV. Una faringitis estreptocócica puede confundirse con mononucleosis infecciosa y no es fá-

cil diferenciarla; la mayoría de las faringitis agudas de los niños están producidas por virus y muchas de ellas reciben antibióticos de forma innecesaria⁽⁶⁾.

Otras manifestaciones clínicas son edema supraorbital y erupción. Una erupción maculo-papular ocurre en el 5-15% de los pacientes pero más del 80% desarrollarán una erupción si son tratados con ampicilina siendo etiquetados erróneamente de alérgicos.

Los corticoides son útiles para reducir la inflamación de las amígdalas y prevenir la obstrucción de la vía aérea; su empleo también se considera en caso de complicaciones como esplenomegalia masiva, miocarditis y anemia hemolítica. La dosis de prednisona es de 1 mg/kg/día por vía oral durante 7 días con una reducción posterior⁽⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rudolph's Pediatrics 20th edition. Appleton-Lange 1996; 639-642.
2. Northern California Cancer Center (Union City, USA). Virus de Epstein y linfoma de Hodgkin. *Cancer* 2001; **91**: 1579-1587.
3. Villota Arrieta J et al. Parotiditis aguda por virus de Epstein-Barr. *An Esp Pediatr* 2000; **52**: 65-66.
4. Pérez Méndez C et al. Síndrome de "Alicia en el País de las Maravillas" asociado a infección por el virus de Epstein-Barr. *An Esp Pediatr* 2001; **54**: 601-602.
5. Hernández-Sanpelayo Matos T et al. Linfadenitis cervical: orientación, diagnóstico y terapéutica. *Pediatr Integral* 2000; **5** (3): 222-234.
6. Álvarez González F. Infecciones por estreptococo beta-hemolítico del grupo A. *Pediatr Integral* 2000; **5** (3): 263-284.
7. Red Book. Enfermedades infecciosas en pediatría. Ed. Panamericana, 24 edición. Buenos Aires 1999; 611-613.

NOTA DE REDACCIÓN

A primeros de diciembre del pasado 2001, se recibió en esta Redacción el presente Caso Diagnóstico. Sabíamos desde antes de verano de la grave dolencia que padecía su autor que le ha llevado a la muerte en los últimos días del año. Con el Dr. José Angel Villalabeitia manteníamos una gran amistad desde hace bastantes años, amistad que se incrementó en los últimos meses de su vida. A él prácticamente hasta el final, le encontramos con gran ilusión por recuperarse de su enfermedad para seguir trabajando en pro del niño, por el que sentía verdadera pasión. Por ello no debe extrañarnos que acudiera en octubre al Congreso de Pediatría Extrahospitalaria celebrado en Zaragoza, que participara igualmente de forma activa en las Jornadas de Atención Primaria de Pediatría de Gasteiz del mes de noviembre, y que yo le estimulara y animara a escribir para nuestro Boletín, del cual era ferviente defensor, este Caso Diagnóstico que desgraciadamente es su última y póstuma publicación.

Sirvan estas líneas de homenaje y respeto al Dr. José Angel Villalabeitia buen pediatra y mejor persona. Y sepan su mujer M^a Valvanera y sus hijos que esta Redacción le recordará siempre con afecto y simpatía.