

## Desafío diagnóstico

[Diagnostic challenge]

**Dra. Jahaivi Vásquez Sáez**

Residente de Pediatría. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Rep. de Panamá.

Correspondencia: J. Vásquez Sáez / Correo electrónico: [jahab\\_04@hotmail.com](mailto:jahab_04@hotmail.com)



**Recibido:** 19 de marzo de 2021

**Aprobado:** 20 de mayo de 2021

**Publicado:** 24 de junio de 2021

**Palabra clave:** exantema

**Keyword:** rash

**DOI:** [10.37980/im.journal.rssp.20211764](https://doi.org/10.37980/im.journal.rssp.20211764)

**Reproducción:** Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción para otros usos.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Financiamiento:** El autor no declara fuentes externas de financiamiento asociados a este trabajo.

### Caso Clínico

Paciente femenina de 1 año 7 meses con antecedentes personales patológicos de Síndrome de Down, que cursaba desde hacía 3 semanas con cuadro respiratorio (tos húmeda y rinorrea hialina) fue manejado con clorfeniramina, isoprinosine y amoxicilina, una semana después del tratamiento inició un exantema macular generalizado y no asociado a fiebre con queilitis, faringe hiperémica sin exudado, sin presentar adenopatías.

Al examen físico: afebril, con rinorrea hialina, no hepatoesplenomegalia, con exantema generalizado tipo macular que no respeta plantas y palmas. Se tomaron paraclínicos: hemograma que reportó leucocitos 7,300, linfocitosis. Virus sincitial respiratorio: negativo e Influenza A y B: negativo.

### Diagnóstico Diferencial

- A. Infección por Citomegalovirus
- B. Infección aguda por VIH
- C. Erupción exantemática inducida por aminopenicilina en Mononucleosis infecciosa
- D. Escarlatina

**Respuesta:** Erupción exantemática inducida por aminopenicilina en Mononucleosis infecciosa.

Mononucleosis infecciosa (MI) es el nombre para definir un trastorno infeccioso agudo que describe fiebre, linfadenopatías cervicales y faringitis, acompañado de linfocitos grandes atípicos en sangre periférica.

El diagnóstico clínico se basa en la tríada clásica de fiebre elevada, faringitis y linfadenopatías. La presencia de esplenomegalia, junto con la duración de la clínica durante más de una semana, ayudan a su diagnóstico. Varios test de laboratorio se han utilizado para diagnosticar la infección por VEB, entre ellos existen pruebas para la detección de anticuerpos heterófilos no específicos y anticuerpos específicos anti-VEB, así como métodos de biología molecular para detectar ADN del VEB.

La primera entidad a destacar es la existencia de una erupción cutánea espontánea asociada a la propia viriasis por VEB, presente en torno al 3-15% de los pacientes con MI, que se desarrolla entre el primer y el sexto día del inicio de la enfermedad, y que puede ser de tipo macular, petequiral, escarlatiniforme, urticarial o de tipo eritema multiforme.

Se encontró un fenómeno conocido como «ampicillin rash», descrito por primera vez por Patel en 1960. Este rash consiste en una erupción en el contexto de infección por VEB y toma de ampicilina. A nivel cutáneo destaca una afectación más severa y generalizada, con afectación de cara, cuello, tronco y extremidades y, en ocasiones, palmas y plantas, que suele ocurrir en torno al quinto y el octavo día tras la toma de anti-

biótico, aunque existen casos reportados de afectación más precoz. Se ha estimado que en torno al 90% de los pacientes, con infección por VEB y toma de ampicilina, desarrollan este rash.

El ampicillin rash, se ha descrito con otros antibióticos diferentes de la ampicilina, a saber, amoxicilina, azitromicina, levofloxacino, cefalexina y piperacilina-tazobactam, entre otros. Actualmente, se desconoce el mecanismo subyacente por el cual se produce el rash tras amoxicilina en pacientes con MI. Existen varias hipótesis, considerándola desde una reacción alérgica a fármacos como tal (demostrada por pruebas de laboratorio con positividad para test de transformación linfocítica, anticuerpos IgE específicos para fármacos y aunque otros autores lo atribuyen a un rash dependiente del VEB, en el contexto de una inmuoestimulación transitoria por VEB, o una pérdida de tolerancia al fármaco inducida por el propio virus. Por tanto, no se debe considerar como una alergia a beta-lactámicos como tal.

No existe un tratamiento específico para este rash, que difiera del manejo habitual de la MI, salvo por la discontinuación del antibiótico. Se suelen instaurar medidas generales como el reposo y la hidratación abundante, y de analgesia. No se ha demostrado beneficio del uso de aciclovir y/o corticoides sistémicos.

#### Referencia

1. S. Santos-Alarcón, Erupción exantemática en paciente con mononucleosis infecciosa inducida por aminopenicilina, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *Semergen*. 2016;42(7): e136-e137.