

Pediatría práctica

Exantema, fiebre y adenopatía: haga su diagnóstico

Exanthema, fever and adenopathies: make your diagnosis

Dres. María L. Gioseffi*, Margarita Giardelli*, Mariana González**, Cecilia Martino***, María J. Guerdile#, Marcelo Boer## y Eduardo Ruiz###

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años de edad, de sexo masculino, previamente sano. Consulta por presentar pápulas eritematosas en dorso de manos, antebrazos y piernas, muy pruriginosas (Foto 1). Se encontraba afebril y el resto del examen físico era normal.

La impresión diagnóstica inicial fue síndrome de Gianotti Crosti y se indicó cetirizina vía oral; 72 h después progresó el exantema, que se hizo eritemato-máculo-papuloso generalizado (Foto 2) y confluyente en dorso. Comprometía mejillas, cuello, tronco y miembros. El niño presentaba temperatura axilar de 37,8 °C, con decaimiento y regular estado general. Tenía fauces congestivas, adenopatías cervicales, submaxilares, axilares e inguinales sin visceromegalias.

Foto 1: Pápulas pequeñas eritematosas en piernas



¿Cómo orienta su diagnóstico?

¿Solicitaría algún estudio complementario?

Evolución

En la primera semana se agregó eritema. Comenzó con fina descamación en pabellones auriculares y cuello, en dirección cefalocaudal (Foto 3).

Foto 2: Exantema eritematopapuloso que alcanza dorso de manos y tronco



Foto 3: Eritema confluyente en dorso. Afección de los pabellones auriculares y comienzo de la descamación



* Dermatología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

** Residente de 4° año de Pediatría. Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

*** Residente de 4° año de Pediatría.

Jefa de Residentes de Pediatría.

Urología Pediátrica.

Cirugía Pediátrica.

Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. María Laura Gioseffi
lauragioseffi@fibertel.com.ar

Recibido: 13-11-2007

Aceptado: 20-11-2007

Al 10° día de evolución persistía con febrícula y se sumó edema escrotal, tenso y doloroso. Se realizó interconsulta con urología pediátrica quienes descartaron compromiso testicular e interpretaron el edema escrotal como secundario al proceso inflamatorio generalizado (capilaritis) (Foto 4).

La descamación era generalizada, con finas escamas sobre una piel eritrodérmica; alcanzó palmas y plantas y respetó cuero cabelludo (Foto 5).

¿Cuál es su diagnóstico?

En el contexto de un cuadro de exantema, adenopatías y registros subfebriles la sospecha clínica inicial fue: infección de etiología viral.

Se solicitó laboratorio:

Hemograma: hematócrito 38,4%, GB 8.510 (N 54,5 / B 0,3 / E 15,3 / L 19,9 / M 10,1).

Eritrosedimentación: 2 mm / h.

Hepatograma: TGO: 32 TGP: 23 ALB: 4.3.

Se solicitaron exudado de fauces, que fue negativo, radiografía de tórax y orina completa, que fueron normales.

Serologías: IgM anti-cápside viral EBV negativa, IgM parvovirus negativa, HBs Ag negativo.

Se agregó, por solicitud de Urología, serología específica para parotiditis (IgM) que resultó negativa.

Al décimo día de evolución se recibió la serología reactiva para *Mycoplasma pneumoniae* (IgM positiva) por lo que se inició inmediatamente tratamiento con claritomicina 15 mg / kg / día cada 12 h por 10 días. La respuesta fue excelente con desaparición de la febrícula, mejoría del estado general a las 48 h e involución lenta del exantema.

A las 3 semanas de iniciado el proceso, el niño se encontraba francamente mejorado, sin adenopatías palpables, con pocas áreas de eritema sobre una piel muy xerodérmica y en condiciones de retomar la actividad escolar.

Diagnóstico

Exantema por *Mycoplasma pneumoniae*.

Manifestaciones extrapulmonares de *Mycoplasma pneumoniae*

Mycoplasma pneumoniae es una de las tres especies de *Mycoplasma* (*Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*) que causa enfermedad en los seres humanos.

El período de incubación es de hasta tres semanas, el contagio es de persona a persona a través de gotitas de Flügge y es más frecuente en otoño e invierno.

Constituye el 20% de las neumonías en niños mayores de 5 años y adolescentes y más del 50% en estudiantes universitarios.

Las manifestaciones extrapulmonares son una parte importante de la enfermedad aguda por *Mycoplasma*; su frecuencia se estima en el 10%.

En muchos casos aún no está clara la fisiopatología: podría deberse a un mecanismo inmunológico o a la acción directa de *Mycoplasma*.

Además del clásico compromiso respiratorio, *Mycoplasma* tiene un amplio espectro de expresión clínica:

- Hemólisis (60%)
- Rash cutáneo: eritematomaculopapular o vesicular; síndrome de Stevens-Johnson (16%)

FOTO 4: Edema escrotal tenso (clínicamente doloroso)



FOTO 5: Descamación en tronco y axila con desprendimiento de finas escamas



de los casos tienen serología positiva para *Mycoplasma*).

- Artritis: mediada por inmunocomplejos.
- Afección gastrointestinal: inespecífica y pancreatitis.
- Sistema Nervioso Central (SNC) infrecuente 0,1%; meningitis aséptica, meningoencefalitis, neuropatía periférica, mielitis transversa, parálisis de pares craneales, ataxia cerebelosa.
- Cardiovascular: arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis.

El diagnóstico es clínico. La serología con inmunofluorescencia indirecta detecta IgM específica tempranamente y es un método muy sensible para confirmar el diagnóstico (es el que actualmente se realiza en nuestro hospital). El resultado positivo se define por la presencia de IgM o por aumento al triple o superior en el par serológico IgG con 15 días de diferencia entre ambos dosajes.

El tratamiento antibiótico recomendado es macrólidos o tetraciclinas. En la infancia preferimos los macrólidos: eritromicina 30-40 mg/kg/día en cuatro dosis diarias por 10 días, claritromicina 15 mg/kg/día en dos dosis diarias por 10 días, azitromicina 10 mg/kg en una dosis diaria el primer día y 5 mg/kg/día en una dosis diaria los siguientes 4 días. Estos dos últimos tienen la ventaja de administrarse con menor frecuencia y producir menos efectos gastrointestinales.

En casos de anemia hemolítica y compromiso del SNC, el rol terapéutico de los antibióticos es insuficiente, ya que interviene un mecanismo inmunitario en su génesis. Se suman terapias alternativas (esteroides, plasmáferesis, diuréticos, etc.) sin estar documentada la eficacia de ninguna de ellas.

CONCLUSIONES

El motivo de nuestra presentación es:

- Revisar las manifestaciones extrapulmonares de la infección por *Mycoplasma* que se presentan en aproximadamente 10% de los que padecen la infección aguda. En el caso de nuestro paciente incluía el exantema y el compromiso escrotal.
- Comunicar la importancia de solicitar los exámenes de laboratorio en el momento oportuno, ya que permitió aproximarnos a la certeza diagnóstica.
- Compartir los beneficios del trabajo en equipo, en esta ocasión entre pediatras, dermatólogos, infectólogos y urólogos. Esta es la mejor manera de optimizar los resultados. ■

REFERENCIAS

- *Mycoplasma pneumoniae* infection in children. UpToDate on line 15.3 Disponible en <http://www.illman2.osr.columbia.edu:2048>. Consulta: 10 de noviembre de 2007.
- Hurwitz S. The exanthematous diseases of childhood. En: Hurwitz S. *Clinical and Pediatric Dermatology*. Filadelfia: Saunders; 1993. Pág. 366.