



Enfermedades infecciosas (2)

¿Qué está pasando?

Ainhoa Castilla Sanz, Fabián Tejeda Jurado, Amanda Fernández Menéndez, Marina Rodríguez Alonso, M.^a Liberata García Fraile, Guillermo Martín Carballo

CS Fuentelarreina. Madrid. España.

Publicado en Internet:
14-febrero-2020

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso de resistencia al tratamiento antibiótico.

RESUMEN DEL CASO

Antecedentes personales: niño de dos años que en dos ocasiones ha presentado reacciones cutáneas de tipo urticariforme tras finalizar tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno por cuadros infecciosos. El primer episodio cede de forma espontánea y el segundo precisó antihistamínicos. No vuelve a tomar amoxicilina ni ibuprofeno. Estudio alérgico: IgE a penicilina G, penicilina V y amoxicilina: negativas. Provocación controlada con amoxicilina negativa. Pauta de amoxicilina en domicilio de una semana: durante la pauta presenta pico febril y lesiones habonosas. Prueba de provocación con ibuprofeno: negativa. Pendiente de repetir provocación oral con amoxicilina.

Acude por fiebre de 39° de 24 horas de evolución y dolor de garganta. Presenta amigdalitis pultácea con estreptotest positivo. Se pauta azitromicina (10 mg/kg/día) por vía oral durante tres días y antitérmicos. Al finalizar el tratamiento acude de nuevo por persistencia de fiebre >38°. Persiste el exudado amigdalal. Se recoge frotis faringoamigdalal y se mantiene tratamiento con azitromicina dos días más. A los dos días sigue febril y con exudado amigdalal. Se realiza nuevo estreptotest que es positivo. Se decide seguir con antitérmicos hasta conocer resultado del frotis faringoamigdalal.

A los siete días del inicio, acude a Urgencias por la persistencia de la sintomatología. En la exploración física presenta adenopatías laterocervicales, labios hiperémicos, lengua aframbuesada y exantema maculopapular eritematoso en la espalda. La madre refirió hiperemia conjuntival durante 24 horas.

Se realiza una analítica: 22 000 leucocitos (76,5% neutrófilos), 263 000 plaquetas, estudio de coagulación normal, proteína C reactiva en 64,4 mg/dl.

Microbiología: adenovirus negativo. No se detecta antígeno de estreptococo grupo A. Cultivo: *Streptococcus pyogenes* resistente a macrólidos y clindamicina. Serologías: toxoplasmosis: IgG negativo; herpes 6: positivo; parvovirus: IgG negativo e IgM negativo; citomegalovirus: IgG positivo e IgM negativo; mononucleosis: IgG de anticuerpos del virus de Epstein-Barr contra el antígeno nuclear positivo; IgM del antígeno de la cápside viral del virus de Epstein-Barr negativo; anticuerpos antiestreptolisina O: negativos.

Ecografía cervical: adenopatías laterocervicales bilaterales que forman conglomerados. Ecocardiograma: normal.

Ante estos hallazgos se inicia tratamiento con clindamicina. Al tercer día se cambia a levofloxacino por persistencia de la fiebre. Aparece descamación subungueal en dedos de las manos. Se instaura tratamiento con gammaglobulina y ácido acetilsalicílico, precisando un segundo ciclo con gammaglobulina y corticoides, con lo que se consigue la recuperación clínica y analítica.

CONCLUSIONES

Hay que destacar la importancia de realizar cultivos microbiológicos en caso de no existir respuesta al tratamiento antibiótico.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de la coexistencia de varias entidades.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Castilla Sanz A, Tejeda Jurado F, Fernández Menéndez A, Rodríguez Alonso M, García Fraile ML, Martín Carballo G. ¿Qué está pasando? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2020;(28):58.