



Exantema y Amoxicilina Cuando el tratamiento nos complica el diagnóstico

M^a Ángeles Suárez Rodríguez .

Noviembre 2015



MOTIVO DE CONSULTA



Paciente varón de 20 meses que acude a consulta por manchas en la piel. Comenta la familia que las manchas aparecieron hace 24 horas. No han cambiado de aspecto ni tamaño.

El niño había sido visto en consulta de atención continuada por fiebre de un día de evolución sin otra clínica acompañante. Se le diagnosticó de amigdalitis.

Inició tratamiento con amoxicilina en suspensión a dosis de 50 mg/Kg/8hs habiendo tomado este tratamiento durante un día completo.

Las manchas habían aparecido 24 horas tras la ingesta de amoxicilina y coincidiendo con la desaparición de la fiebre. La fiebre había durado en total tres días.

LO QUE VEMOS Y OÍMOS EN CONUSULTA

Existe preocupación de la familia pues al brotarse tras tomar amoxicilina podría ser alérgico a este antibiótico. No había tomado antibióticos con anterioridad.

En la consulta el niño tiene buen estado general. No le notan irritable, parece que ha mejorado. Afebril.

Exploración por aparatos sin alteraciones reseñables. Faringe hiperémica sin exudación, no adenopatías. No visceromegalias ni afectación articular.

Exantema *macular* en tronco y parte proximal de miembros inferiores que respeta plantas, palmas y mucosas.



La familia comenta: “ *ha mejorado con el antibiótico porque ya no tiene fiebre* ”, “ *pero creemos que es alérgico a la amoxicilina porque se ha brotado* ”

LO QUE NOS PREGUNTAMOS EN CONSULTA

¿Nos encontramos ante una alergia?.

¿Se trata de otro tipo de exantema?.

¿Se encuentra el niño con un proceso clínico serio?.

Suspendemos el antibiótico: ¿Por qué? ¿Por alergia? ¿porque no lo precisa? ¿ por ambos motivos?.

Volvemos a revisar el caso clínico y repasamos lo que conocemos sobre los exantemas y sobre la alergia.



- Las causas de los *exantemas maculares* en la infancia pueden ser:
- Infecciones virales, bacterianas, reumatológicas y reacciones medicamentosas.
- Es la historia clínica y la exploración sistemática la aproximación diagnóstica fundamental.
- En cuanto a la historia y situación clínica de nuestra paciente debemos centrarnos inicialmente en la gravedad del exantema

¿Es grave este exantema? Los 5 signos de alerta

Fiebre

Mal estado
general

Petequias

Exantema
ampollosa

Irritabilidad

¿Cuál podría ser la causa?



En cuanto a la gravedad del exantema en nuestro paciente, parece que no se objetiva ningún criterio clínico que lo confirme.

En cuanto a la posible causa del exantema el aspecto que ofrece y la historia de aparición del mismo ofrece muchas dudas sobre una posible alergia:

- Es un exantema que se aprecia en procesos virales con frecuencia.
- Es de aparición no inmediata, coincidiendo con la desaparición de la fiebre y sin signos clínicos de anafilaxia.

Las enfermedades reumatológicas se diagnostican por la historia clínica: fiebre mantenida o recurrente, afectación del estado general, daño articular y sistémico.....



SOBRE LA ALERGI A PENICILINA(I)

Los antibióticos betalactámicos constituyen la primera causa de reacción alérgica medicamentosa en niños. De ellos, la penicilina es el más frecuente.

Sin embargo, a pesar de que el 10% de la población refiere ser alérgica a la penicilina, tan solo el 10-15% de éstos son realmente alérgicos.

La administración de antibióticos en procesos virales que después desarrollan un exantema (como el exantema súbito) o el rash de la mononucleosis infecciosa tras la administración de amoxicilina, conducen al sobrediagnóstico de alergia a betalactámicos en muchos niños.

Es fundamental la realización de una correcta anamnesis que incluya la clínica, el tiempo transcurrido desde la administración del fármaco y la toma previa de ese fármaco u otros de estructura antigénica similar.



SOBRE LA ALERGIA A PENICILINA (II)



Las reacciones alérgicas pueden ser **inmediatas** (mediadas por IgE) y **retardadas** (mediadas por Linfocitos T o Inmunocomplejos) .

Las primeras son graves pero en ambos casos y, ante la sospecha clínica, debe enviarse al niño a una consulta de alergia para realización de pruebas:

- *in vitro* (determinación de IgE específica mediante radio o enzimoimmunoanálisis (RAST/CAP), medición de triptasa y test de activación de basófilos)
- *in vivo* (pruebas cutáneas).

En general, la especificidad de estas pruebas es alta, pero *su sensibilidad es baja*, por lo que con frecuencia hay que **recurrir a las pruebas de provocación o exposición controlada**.

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1-alergia_farmacos_0.pdf



SOBRE LA ALERGIA A PENICILINA (III)

Los pacientes alérgicos a penicilina con hipersensibilidad inmediata no deben tomar betalactámicos (ni amoxicilina ni cefalosporinas).

En aquellos pacientes con reacciones tardías podrían usarse cefalosporinas de segunda, tercera y cuarta generación. No podrían usarse en pacientes con exantemas bullosos.

Es importante revisar en cada caso la indicación del tratamiento para cada patología, y elegir el antibiótico alternativo más adecuado conociendo las resistencias del área sanitaria donde se trabaja.

<http://www.seg.es/consensos/40/107-recomendaciones-del-tratamiento-antimicrobiano-en-pacientes-alergicos-a-antibioticos-betalactamicos>



- En el caso que nos ocupa se consideró por la clínica y la exploración un exantema viral.
- Era la primera vez que tomaba antibióticos y se advirtió sobre la necesidad de vigilar otras reacciones similares en cuadros que motivasen la toma de éste u otro medicamento.
- No se consideró oportuno derivar al alergólogo. Esta decisión se tomaría ante la repetición de reacciones asociadas a la ingesta de antibióticos.
- El paciente descrito ha tomado amoxicilina tras este proceso por un cuadro de otitis media y no ha presentado ningún exantema.

A MODO DE REFLEXIÓN (I)



- Las infecciones de vías respiratorias superiores en menores de dos años son virales con elevada frecuencia.
- Estas infecciones pueden presentar exantemas característicos que el profesional aprende a diferenciar por su experiencia. En la práctica clínica habitual no se realizan pruebas para diagnosticar estos procesos: exantema súbito, megaloeritema...
- Cuando niños pequeños toman antibiótico en infecciones que habitualmente son virales se puede complicar el diagnóstico diferencial si el paciente se *brot*a.

A MODO DE REFLEXIÓN (II)



- Es la impresión clínica y la exploración de los pacientes lo que inclina a los profesionales hacia el diagnóstico de alergia o exantema viral.
- Cualquier duda sobre la alergia a un antibiótico *debe ser confirmada por un alergólogo.*
- Retirar los betalactámicos del arsenal terapéutico de un niño complica su manejo en determinadas patologías de vías respiratorias dadas las resistencias a macrólidos.