

Amigdalitis pultácea y exantema escarlatiniforme

E. Bernal Vañó^a y C. Gimeno Fernández^b

^aEquipo de Atención Primaria. Sigüenza. Guadalajara. ^bSección de Microbiología. Hospital General de Guadalajara. España.

CASO CLÍNICO

A la consulta de pediatría de atención primaria acudió una niña de 12 años porque desde hacía 24 h presentaba un exantema pruriginoso en tronco y odinofagia de pocas horas de evolución sin fiebre. Ningún antecedente de interés. En la exploración presenta un exantema eritematoso, en piel de gallina, de predominio en tronco, nalgas y raíz de miembros inferiores, sin afectación cefálica. La inspección otorrinolaringológica reveló hipertrofia amigdalar con eritema y exudado pultáceo incipiente. Auscultación cardiopulmonar normal y abdomen normal sin hepatoesplenomegalia.

Ante la sospecha de escarlatina se realizó en la consulta un test rápido de detección de *Streptococcus pyogenes* que resultó negativo, se recogió exudado faríngeo y se mantuvo una actitud expectante. Dos días después acudió a control y presentaba desde hacía 24 h fiebre elevada, intensa odinofagia, amigdalitis pultácea con importante hipertrofia amigdalar, adenopatías submandibulares de 2 x 2 cm bilaterales, dolorosas, y no adheridas a planos profundos. El exantema había cambiado, y tenía en ese momento aspecto urticariforme, con grandes máculas eritematosas de bordes ligeramente sobreelevados, que predominaban en cara posterior de tronco y nalgas, con afectación muy llamativa de ambas extremidades superiores, mayor en cara anterior de brazos. En las extremidades inferiores presentaba maculopápulas confluentes de menor tamaño. El resto de la exploración fue normal. En el frotis faríngeo no había crecido *S. pyogenes*. Con carácter urgente se recogió de nuevo exudado faríngeo y se realizó hemograma, bioquímica y Paul-Bunnell con los siguientes resultados: leucocitos, 5.700/ μ l (segmentados, 61,6%; linfocitos, 23,1%; monocitos, 7,4%; eosinófilos, 7,7%; basófilos, 0,2%); hematíes, 5.380.000/ μ l; hemoglobina, 14,7 g/dl; VCM, 79,3 fl; hematocrito, 42,7%; plaquetas, 303.000/ μ l. Bioquímica y pruebas hepáticas normales. ASLO 250 U/ml. Paul-Bunnell negativo. Se recogió

serología para CMV, VEB y HHV-6. A la vista de estos resultados se mantuvo a la paciente en observación con tratamiento antitérmico y antihistamínico. Dos días después se produjo empeoramiento del estado general, fiebre alta mantenida e intensa odinofagia, sin cambios sustanciales en la exploración excepto progresión centrífuga del exantema y mayor afectación de antebrazos, dorso de manos y palmas (fig. 1). De nuevo se descartó *S. pyogenes* en el frotis faríngeo recogido previamente. Ante este empeoramiento fue remitida al hospital de referencia, donde fue valorada y se realizó de nuevo hemograma: hematíes, 5.010.000/ μ l; hemoglobina, 14 g/dl; leucocitos, 14.310/ μ l (segmentados, 77,5%; linfocitos, 11,2%; monocitos, 7,9%; eosinófilos, 1,7%), plaquetas, 328.000/ μ l. Bioquímica e iones normales. Paul-Bunnell negativo. Fue diagnosticada de síndrome mononucleósido, y se pautó tratamiento con ibuprofeno, reposo y control en atención primaria.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Exantema urticariforme en tronco y eritematoso maculopapular en extremidades con afectación palmar.

Correspondencia: Dra. E. Bernal Vañó.
Constitución, 2, T-1, 8º C. 19003 Guadalajara.
Correo electrónico: mbernalv@wanadoo.es

Recibido en enero de 2002.

Aceptado para su publicación en abril de 2002.

FARINGOAMIGDALITIS POR *ARCANOBACTERIUM HAEMOLYTICUM*

En el cultivo de exudado faríngeo se aisló *Arcanobacterium haemolyticum*, antes denominado *Corynebacterium haemolyticum*. Se trata de un microorganismo que con frecuencia pasa desapercibido en los cultivos sistemáticos de muestras faríngeas, ya que se asemeja a microorganismos que forman parte de la flora normal de la orofaringe, como distintas especies de corinebacterias y, además, puede asociarse a patógenos respiratorios más prevalentes como estreptococos beta hemolíticos. Es una bacteria anaerobia facultativa cuyo crecimiento se ve favorecido por la presencia de sangre en el medio de cultivo y por CO₂. En cultivo con agar sangre de carnero a las 24-48 h y 37 °C forma colonias pequeñas (< 0,5 mm diámetro), blanco-grisáceas, con una pequeña zona de hemólisis alrededor que se hace más evidente al levantar la colonia¹. Si en microbiología no se realiza una tinción de Gram a todos los aislamientos beta hemolíticos es difícil de detectar². En el Gram se observan bacilos grampositivos cortos difteroides.

A. haemolyticum se ha implicado como causa de faringoamigdalitis en adolescentes y adultos jóvenes. El 90% de los pacientes tienen entre 10 y 30 años, el 80% se concentra entre los 11 y los 20 años³. Es una faringoamigdalitis indistinguible de la estreptocócica con exudado en más del 70% de los casos. Ocasionalmente puede ser tan grave que recuerda a la difteria.

También se han descrito infecciones graves como absceso periamigdalino, sepsis, meningitis, neumonía, osteomielitis y endocarditis, fundamentalmente en inmunodeprimidos, enfermos crónicos o asociado a infecciones virales (VEB, etc.).

Lo más llamativo de la infección por *A. haemolyticum* son las manifestaciones cutáneas, presentes en el 75% de los casos con faringitis sintomática y no descritas en las infecciones sistémicas. De uno a 4 días después de la presentación de los síntomas faríngeos aparece un exantema eritematoso maculopapular en tronco y extremidades, semejante a la escarlatina, incluso con líneas de Pastia pero sin palidez circumoral, que desaparece en 2-5 días⁴. Es pruriginoso en la mitad de casos y puede haber descamación palmoplantar. El exantema puede ser urticarial o recordar al eritema multiforme. Poco frecuente y dificultando el diagnóstico, es posible la aparición del exantema previo a los síntomas faríngeos, como sucedió en esta paciente.

El diagnóstico diferencial incluye rubéola, síndrome de shock tóxico estafilocócico y estreptocócico, infección por VIH, síndrome de Kawasaki, VEB, CMV y enterovirus, infección gonocócica diseminada, sífilis secundaria y alergia medicamentosa⁵.

A. haemolyticum es susceptible *in vitro* a penicilina, cefalosporinas, eritromicina, azitromicina, ciprofloxacino y doxiciclina, pero se han descrito casos de tolerancia a penicilina, por lo que el tratamiento de elección son los macrólidos. En nuestro caso y ante la sospecha clínica de esta infección, que se confirmaría más tarde, la paciente fue tratada con claritromicina el quinto día de evolución, observándose una rápida mejoría de su estado general, cediendo la fiebre en 24 h y el exantema en las siguientes 48-72 h. La serología para virus exantemáticos fue negativa.

Como conclusión y considerando que el exantema es más frecuente en la faringoamigdalitis por *A. haemolyticum* (75%) que en la estreptocócica (10%), los niños mayores y adultos jóvenes con síndrome escarlatiniforme tienen casi la misma probabilidad de tener infección por *A. haemolyticum* que por *S. pyogenes*. En estos pacientes, con test rápido y cultivo faríngeo negativos, siempre debemos sospechar y descartar esta infección⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Funke G, Bernard KA. Coryneform Gram-positive rods. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenoer FC, Tenover FC, Tenover FC, editors. Manual of clinical microbiology, 7ª ed. Washington: American Society of Microbiology (ASM Press), 1999; p. 319-45.
2. Moreno Montesinos M, Valle Valencia A, Aguilar Alfaro L. Faringitis por *Arcanobacterium haemolyticum*. An Esp Pediatr 1989;30:209-10.
3. Waagner D. *Arcanobacterium haemolyticum*: Biology of the organism and diseases in man. Pediatr Infect Dis J 1991;10:933-9.
4. Carlson P, Seppänen M, Tarvainen K, Nousiainen T, Aaltonen T, Malinen H. Pharyngitis and exanthema caused by *Arcanobacterium haemolyticum*. Acta Derm Venereol 2001;81:143-4.
5. Holmes RK. Difteria, otras infecciones por corinebacterias y carbunco. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. Harrison. Principios de medicina interna, 13ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1994; p. 731-2.
6. Karpathios T, Drakonaki S, Zervoudaki A, et al. *Arcanobacterium haemolyticum* in children with presumed streptococcal pharyngotonsillitis or scarlet fever. J Pediatr 1992;121:735-7.