

Rompecabezas clínico: interpretando un exantema y mucositis en un adolescente¹

Clinical puzzle: interpreting rash and mucositis in a male teenager

Aarón Espinosa Atri,* Miguel Angel Minero Hibert,* Rocco José González Moran,‡
Judith Amezcua Martínez,§ Jaime Ernesto Alfaro Bolaños,¶

* Infectología pediátrica. Centro Médico Nacional 20 de noviembre ISSSTE. Ciudad de México, México.

† Pediatría-Neonatología. Hospital Español. Ciudad de México, México.

‡ Dermatología pediátrica. Hospital Español. Ciudad de México, México.

§ Gastroenterología pediátrica. Centro Médico Nacional 20 de noviembre ISSSTE. Ciudad de México, México.

¶ Sección a cargo del Dr. Giancarlo Hernán Cristera Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 13 años, previamente sano, quien inició su padecimiento actual siete días previos a la consulta con odinofagia, artralgias, hiporexia y fiebre. A los pocos días, presentó la aparición de úlceras dolorosas, pruriginosas y sangrantes en la mucosa oral y labios, asociadas a gingivitis severa. Tres días antes de su ingreso, el cuadro progresó con lesiones ulcerativas en el glande y prepucio, asociadas a eritema, edema, prurito y disuria. No reportó vida sexual activa ni antecedentes relevantes de exposición infecciosa, salvo un viaje reciente a cenotes en Yucatán, México y exposición a agua estancada. Ante la falta de mejoría con manejo ambulatorio inicial que incluyó amoxicilina con ácido clavulánico y tratamiento tópico, el paciente acudió a urgencias.

A su ingreso, se encontraba clínicamente estable y afebril. La exploración física destaca edema de labios, áreas de hemorragia activa, costras hemáticas adheridas, eritema y pérdida de continuidad de mucosas, clasificándose como mucositis oral grado 3 (*Figura 1*). En el glande y surco balanoprepucial se identificaron úlceras superficiales con bordes eritematosos, áreas de maceración y formación de tejido de granulación central, las cuales se refieren

como dolorosas y pruriginosas, sin secreción uretral activa. Se observó una secreción blanquecina en el glande, sin características purulentas (*Figura 2*).

Los estudios de laboratorio reportaron leucocitosis (12.1×10^9 cel/L) con neutrófilos de 59% elevación



Figura 1: Mucositis oral.

Citar como: Espinosa AA, Minero HMA, González MRJ, Amezcua MJ, Alfaro BJE. Rompecabezas clínico: interpretando un exantema y mucositis en un adolescente. Rev Latin Infect Pediatr. 2025; 38 (1): 29-31. <https://dx.doi.org/10.35366/120270>

Recibido: 13-01-2025. Aceptado: 24-01-2025.





Figura 2: Mucositis balanoprepucial.

de proteína C reactiva (4.84 mg/dL) y velocidad de sedimentación globular (37 mm/hr), con procalcitonina normal (0.06 ng/mL). El examen general de orina mostró pH ácido, proteinuria escasa, 100 leucocitos por campo y 10 eritrocitos por campo, sin bacteriuria. Los cultivos faríngeos, uretral y de secreción genital permanecieron negativos. Las serologías para herpes simple tipo 1 y 2, *Citomegalovirus* y Epstein-Barr fueron negativas. La radiografía de tórax con leve congestión perihiliar e infiltrado intersticial (**Figura 3**).

Posterior a la evaluación por infectología y dermatología se solicitaron estudios de extensión. Ante la presencia de mucositis grado 3 y sospecha de infección bacteriana atípica, se inició tratamiento con: clindamicina intravenosa (400 mg cada seis horas) y azitromicina intravenosa (500 mg el primer día, seguido de 250 mg cada 24 horas). Adicionalmente, se inició metilprednisolona intravenosa (2 mg/kg/día) para controlar la inflamación mucocutánea grave.

Durante los primeros días de hospitalización, las lesiones cutáneas evolucionaron de un estado inflamatorio grave a una fase de resolución. A partir del tercer día de tratamiento, las lesiones mostraron cicatrización parcial con disminución de la inflamación y resolución progresiva del dolor. Para el quinto día de hospitalización el paciente presentó mejoría

significativa, por lo que se decidió su egreso para continuar manejo ambulatorio. Después el paciente presentó resolución completa del cuadro y sin secuelas documentadas.

PREGUNTAS

Pregunta 1. Con base en el caso clínico ¿cuál es la principal sospecha diagnóstica?

- a) Enfermedad de Kawasaki
- b) Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (PIMS)
- c) Síndrome de choque tóxico estafilocócico
- d) Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME)

Pregunta 2. ¿Cuál es el agente infeccioso que se relaciona más a la aparición de exantema y mucositis y que se manifiesta días después del episodio agudo?

- a) Virus de Epstein-Barr
- b) SARS-CoV-2
- c) *M. pneumoniae*
- d) *S. aureus*

Pregunta 3. En un paciente pediátrico con sospecha de exantema y mucositis ¿qué prueba confirma al agente infeccioso?

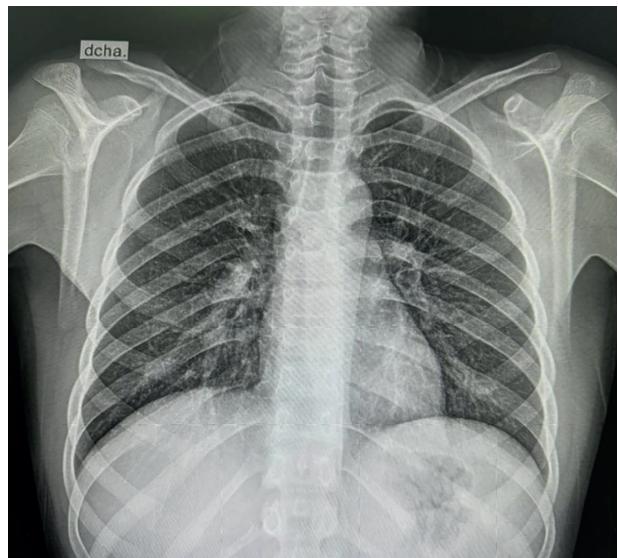


Figura 3: Radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral.

- a) Cultivos
- b) Radiografía de tórax
- c) Serología para IgM específica o PCR
- d) Biopsia cutánea

Pregunta 4. ¿Qué factor clínico o epidemiológico aumenta la sospecha de esta entidad?

- a) Aparición de síntomas durante los meses de verano
- b) Historia de fiebre y síntomas respiratorios seguido de afectación mucocutánea
- c) Presencia de coinfección con bacterias Gram negativas
- d) Lesiones cutáneas extensas con predominio en extremidades

Pregunta 5. Un paciente pediátrico con neumonía atípica con síntomas graves de inflamación ocular y ulceración oral. ¿Cuál de las siguientes opciones es el tratamiento más adecuado?

- a) Analgesia, corticosteroides sistémicos y ceftriaxona
- b) Combinación de antibióticos sistémicas por la gravedad del cuadro
- c) Terapia antiviral sistémica para prevenir complicaciones secundarias
- d) Analgesia, corticosteroides sistémicos y azitromicina

Correspondencia:

Dr. Aarón Espinosa Atri

E-mail: aaron.espinosa.atri@gmail.com

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?

<https://dx.doi.org/10.35366/120272>