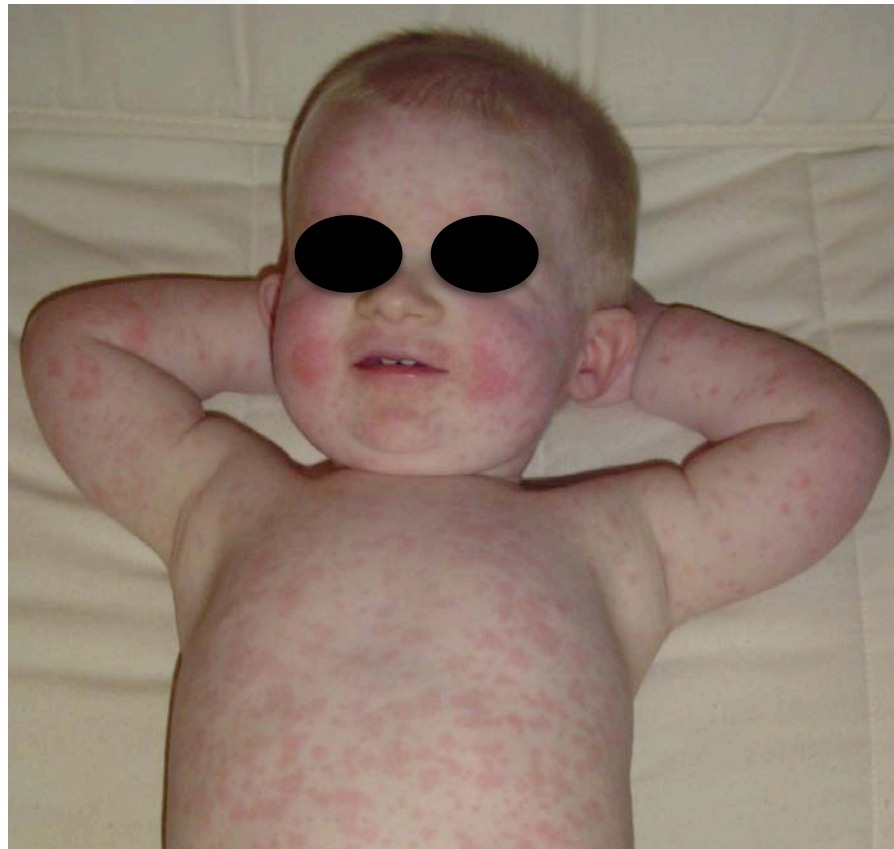


Exantema en urgencias ¿infeccioso o alérgico?

S. Molo, A. Córdoba, E. Jiménez, FJ. Castillo Ferrer, M. Siguero, C. Trujillo

**Servicio de Urgencias Pediátricas.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.
Las Palmas de Gran Canaria**

Los exantemas que aparecen tras la ingesta medicamentosa de betalactámicos son una consulta frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas.





¿Se trata de un exantema alérgico o forma parte de la evolución de la infección?

¿Etiqueto al paciente cómo alérgico a betalactámicos?

¿Es seguro seguir usando betalactámicos o es mejor cambiar la pauta antibiótica en estos pacientes?

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico

Selección de pacientes:

- **0-13 años**
- **Derivados a consulta de Alergología Pediátrica por sospecha de alergia a betalactámicos**
- **2007 - 2018**

Variables: clínica presentada, tiempo de instauración, edad, sexo, antibiótico administrado. Resultado prick test, resultado prueba de provocación, clínica presentada en prueba, tiempo de instauración.

RESULTADOS: PREVALENCIA

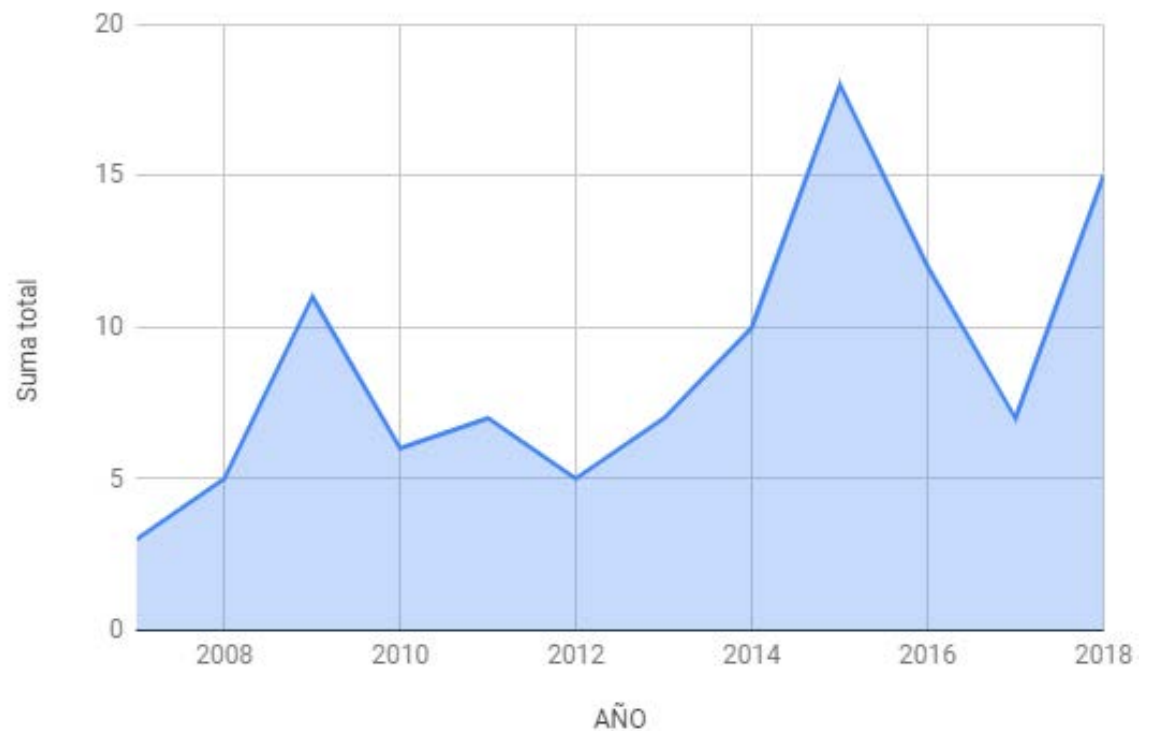
1591



106

6.7%

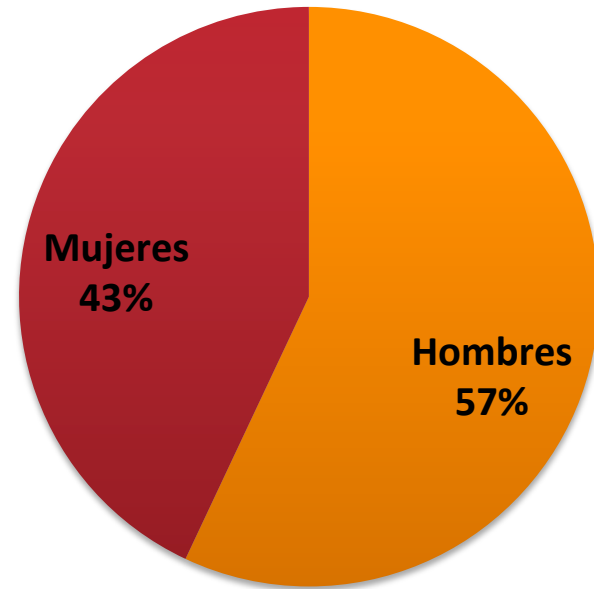
Suma total frente a AÑO



RESULTADOS: EPIDEMIOLOGÍA



Mediana edad: 2 años
(0-11 años)

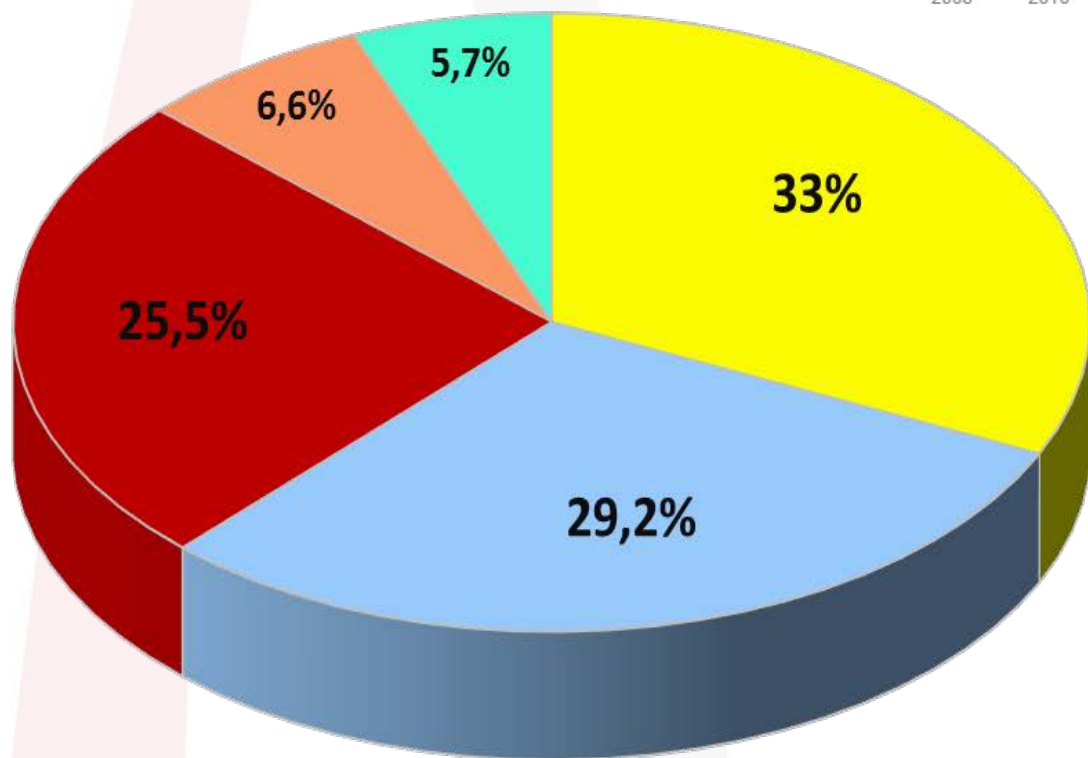
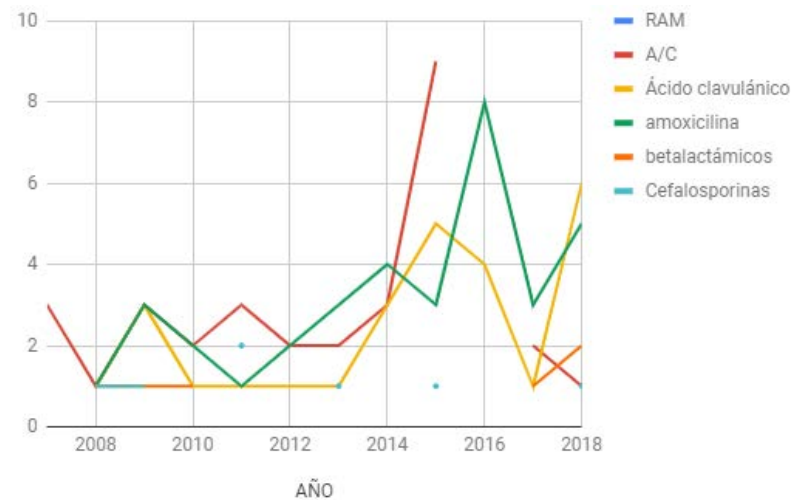


Clínica dominante:

- **Exantema maculo-papuloso (72%)**
- **Urticaria (25.2%)**
- **Angioedema con o sin exantema (2.8%)**
- **No casos descritos de anafilaxia**



RAM



- Amoxicilina
- A/C
- Ácido clavulánico
- Cefalosporinas
- Penicilinas

S 6.6%
E 100%
VPN 93.7%
VPP 100%

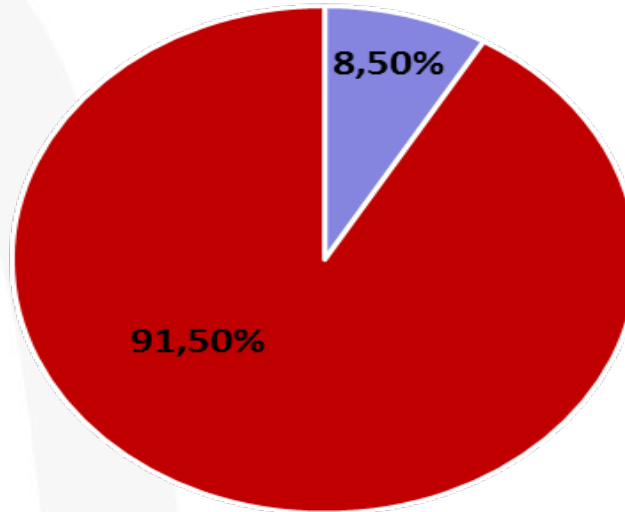
Pruebas cutáneas
N= 7

Hipersensibilidad a BL
N= 106

Pruebas de provocación oral
N= 97



Tipo de reacciones



■ R. Inmediatas ■ R. tardías □

- **Mediana 96h**
- **No diferencia significativa entre horas referidas en las anamnesis y lo observado tras las pruebas de provocación**
- **No reacciones anafilácticas**

CONCLUSIONES

- La **prevalencia de hipersensibilidad a betalactámicos** en nuestro estudio es baja (**6.7%**) semejante a otros estudios realizados a nivel internacional (**5-10%**).
- La **primera causa a sospechar** será la **secundaria a la evolución del cuadro infeccioso**, o a la **interacción del patógeno con el antibiótico**.

CONCLUSIONES

- Incluso en los pacientes verdaderamente alérgicos, la mayoría de **reacciones** fueron **tardías** (generadas por mecanismos no Ig-E mediados), **muy bajo riesgo de anafilaxia**.
- Ante un paciente con posible reacción alérgica a betalactámicos:
 - **La principal causa** será **no alérgica**
 - Ante la ausencia de clínica de reacción alérgica inmediata (<2h), podría proponerse la administración de **cefalosporinas de 2ª generación**
 - **Evitar** el uso de antibioticoterapia de **mayor espectro** o **menor cobertura**