



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Infecciones periungueales: no todo es panadizo bacteriano

Carmen Góez Sanz^a, Silvia Rodríguez del Rosario^a, Blanca Llorente Sanz^a, Yolanda Usín Suárez^b,
Teresa Centeno Robles^c, Ana Librán Peña^c

^aMIR-Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España • ^bHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España • ^cPediatra. CS Circunvalación. Valladolid. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Carmen Góez Sanz:
carmen.goez94@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La principal causa de las infecciones periungueales es la bacteriana, sin embargo, debemos de tener en cuenta otras etologías.

CASO CLÍNICO

Lactante de 15 meses sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por tumefacción y eritema periungueal en primer dedo de mano derecha compatible con panadizo bacteriano. Se realiza drenaje y se inicia mupirocina tópica. A las 24 horas reconsulta por aparición de vesículas (Fig. 1) aparentemente dolorosas en el mismo dedo, que hacen sospechar de etología herpética por lo que se suspende mupirocina y se pauta aciclovir tópico al 5%.

Evolución: durante la semana siguiente las vesículas aumentan en número y tamaño agrupándose en ampollas en distinta fase evolutiva. Las ampollas se rompen y supuran contenido hemático evolucionando a costras hemorrágicas (Fig. 2).

Al cuarto día inicia fiebre, dificultades para la ingesta y aftas en el paladar duro, labio y lengua diagnosticándose de gingivostomatitis herpética. En los días sucesivos se observan nuevas lesiones vesiculosas en región perioral, mejillas, cuello y párpados inferiores por lo que se asocia aciclovir oral durante siete días.

Evoluciona favorablemente, afebril a los cuatro días, mejoría del estado general, aumento de la ingesta y disminución del número las lesiones faciales hasta su desaparición.

Se realizan inicialmente curas del panadizo cada 48 horas en el centro de salud, espaciándose hasta su curación completa a las tres semanas.

CONCLUSIONES

El panadizo herpético se caracteriza por presentar agrupación de vesículas dolorosas junto como tumefacción y eritema. Las vesículas confluyen en ampollas que se ulceran o rompen pudiendo llegar a adquirir aspecto necrótico. El contenido de las ampollas puede ser claro, turbio o hemorrágico. Suelen producirse por autoinoculación al introducirse los dedos en la boca en casos de gingivostomatitis herpética o herpes labial.

La incisión y el drenaje no están indicados y se deben cubrir las vesículas para evitar la transmisión. En nuestro caso se realizó drenaje por sospecha inicial de etología bacteriana, lo que probablemente entorpeció la evolución del panadizo y retrasó su curación.

La evolución es autolimitada con resolución completa en 2-3 semanas, pero la aplicación de aciclovir tópico puede acortar la duración en el primer episodio. Se plantea el uso de aciclovir oral en pacientes con infección primaria por virus del herpes simple en múltiples localizaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

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

Cómo citar este artículo: Góez Sanz C, Rodríguez del Rosario S, Llorente Sanz B, Usín Suárez Y, Centeno Robles T, Librán Peña A. Infecciones periungueales: no todo es panadizo bacteriano. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):129-30.

Figura 1. Lesiones vesiculosas compatibles con panadizo herpético



Figura 2. Panadizo herpético evolucionado con lesiones vesiculosas en distintas fases evolutivas, varias de ellas con costras hemorrágicas tras haber supurado contenido hemático

