



Clínica cotidiana

Reacción cutánea por amoxicilina en un paciente con mononucleosis

Laura Mateos Sánchez

Centro de Salud Garrido Norte. Sisinio de Castro, Salamanca.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Mononucleosis infecciosa

Virus de Epstein-Barr

Esplenomegalia

Rash cutáneo

Amoxicilina

R E S U M E N

La mononucleosis infecciosa es una amigdalitis viral producida con mayor frecuencia por el virus de Epstein-Barr, más común en adolescentes y transmitida principalmente a través de la saliva.

Presentamos el caso de un varón de 16 años sin antecedentes de interés que acudió a Urgencias de atención primaria por malestar general, fiebre y odinofagia intensa de cuatro días de evolución. En un primer momento, se inició tratamiento con amoxicilina por sospecha de faringoamigdalitis bacteriana. A los cinco días, presentó empeoramiento con dolor abdominal, astenia y aparición de rash cutáneo en tronco. La exploración física mostró exudado amigdalár, adenopatías laterocervicales dolorosas y esplenomegalia. La analítica evidenció linfocitosis y elevación de enzimas hepáticas, y la prueba de Paul Bunnell confirmó una infección por virus de Epstein-Barr. El paciente evolucionó de manera favorable con tratamiento sintomático y medidas higiénico-dietéticas.

Este caso resalta la importancia de diferenciar la mononucleosis infecciosa de la faringoamigdalitis bacteriana para evitar el uso innecesario de antibióticos y reconocer el riesgo de complicaciones como la esplenomegalia.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Skin reaction to amoxicillin in a patient with mononucleosis

A B S T R A C T

Infectious mononucleosis is a viral pharyngitis most commonly caused by the Epstein-Barr virus, more frequent in adolescents and primarily transmitted through saliva.

We present the case of a 16-year-old male with no relevant medical history who attended Primary Care Emergency Services for general malaise, fever, and severe odynophagia of four days' duration. Initially, treatment with amoxicillin was started due to suspected bacterial pharyngitis. Five days later, he developed worsening symptoms, including abdominal pain, fatigue, and the appearance of a trunk rash. Physical examination revealed tonsillar exudate, tender lateral cervical lymphadenopathy, and splenomegaly. Laboratory tests showed lymphocytosis and elevated liver enzymes, and the Paul Bunnell test confirmed

Keywords:

Infectious mononucleosis

Epstein-Barr virus

Splenomegaly

Skin rash

Amoxicillin

Epstein-Barr virus infection. The patient evolved favorably with symptomatic treatment and hygienic-dietary measures.

This case highlights the importance of differentiating infectious mononucleosis from bacterial pharyngitis to avoid unnecessary antibiotic use and to recognize the risk of complications such as splenomegaly.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Varón de 16 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias de atención primaria por malestar general, fiebre termometrada de 38,5 °C y odinofagia intensa de cuatro días de evolución, acompañado de astenia leve, en tratamiento con paracetamol 650 mg cada 8 horas, sin mejoría. La exploración física inicial no evidencia fiebre, pero sí la faringe hiperémica con hipertrofia amigdalina y exudado purulento en ambas amígdalas, así como adenopatías laterocervicales bilaterales dolorosas. Ante la ausencia de test antigénico rápido para la detección de estreptococo beta hemolítico del grupo A y cumplimiento de criterios de Centor, se inicia tratamiento con amoxicilina 500 mg cada 12 horas durante 10 días.

Cinco días después, el paciente acude nuevamente por empeoramiento clínico, destacando astenia, dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y aparición de *rash* maculopapular leve en tronco, a pesar del control de la fiebre. La exploración evidencia la persistencia de exudado amigdalina sin abombamiento periamigdalino, adenopatías laterocervicales dolorosas, dolor a la palpación profunda del hipocondrio izquierdo y esplenomegalia sugestiva, asociada a exantema maculopapular en tronco. La analítica muestra leucocitosis (12.000 leucocitos/ μ l) con linfocitosis (4.500 linfocitos/ μ l), elevación de transaminasas (alanina aminotransferasa 80 UI/L; aspartato aminotransferasa 75 UI/L), proteína C reactiva de 5 mg/dl y prueba de Paul Bunnell positiva, confirmando la sospecha de mononucleosis infecciosa.

El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento sintomático y medidas higiénico-dietéticas, incluyendo reposo relativo para prevenir rotura esplénica. El diagnóstico establecido es mononucleosis infecciosa, considerando como diagnóstico diferencial amigdalitis estreptocócica y otras amigdalitis víricas.

Comentario

La mononucleosis infecciosa cursa habitualmente con un cuadro de amigdalitis acompañada de malestar general, fie-

bre, astenia y odinofagia intensa. En la exploración física, se puede observar exudado amigdalina purulento, adenopatías laterocervicales bilaterales dolorosas y, en algunos casos, hepatoesplenomegalia^{1,2}.

Este cuadro clínico puede confundirse inicialmente con faringoamigdalitis estreptocócica, lo que puede llevar a la prescripción de antibióticos como la amoxicilina. La falta de mejoría tras la administración del antibiótico, la aparición de *rash* cutáneo y la presencia de otros síntomas como dolor abdominal y astenia en adolescentes deben hacernos sospechar una mononucleosis infecciosa^{1,2}.

El diagnóstico se confirma mediante pruebas serológicas como la prueba de Paul Bunnell, con ayuda de la analítica que evidencia linfocitosis y elevación de enzimas hepáticas^{1,2}. El manejo es principalmente sintomático, incluyendo antiinflamatorios, antitérmicos, y asociando medidas higiénico-dietéticas, que incluye reposo relativo por riesgo de rotura esplénica.

Este caso destaca la importancia de la historia clínica detallada y de la identificación temprana de mononucleosis infecciosa para evitar el uso innecesario de antibióticos y reducir el riesgo de complicaciones asociadas^{1,2}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Roca JR, Tinoco EL, Selma OC, Yáñez DC. Protocolo diagnóstico del síndrome mononucleósico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2022;13(57):3371-4.
2. Leung AK, Lam JM, Barankin B. Infectious mononucleosis: an updated review. *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(3):305-22.