

# Fiebre y odinofagia en un niño sano, ¿siempre faringitis?



García Lara N<sup>1</sup>, Torcuato Rubio E<sup>2</sup>, Ledesma Albarrán M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil de Málaga. Málaga. España.

<sup>2</sup>Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil de Málaga. Málaga. España.

<sup>3</sup>Pediatra. CS Puerta Blanca. Málaga. España.

### PUNTOS CLAVE

- Es necesario sospechar una esofagitis viral por virus herpes simple en pacientes con disfagia intensa, odinofagia, dolor retroesternal y rechazo de sólidos y líquidos.
- El diagnóstico definitivo de la esofagitis herpética es la endoscopia con biopsia y el estudio microbiológico de muestras. Su realización no se requiere de forma sistemática, puesto que la mayoría de los procesos son auto-limitados.
- El tratamiento con aciclovir es obligatorio en inmunodeprimidos y se recomienda en los inmunocompetentes, dado que disminuye los días de clínica.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años que consulta en su centro de salud por un cuadro de fiebre elevada y dolor torácico de cuatro días de evolución. Asocia un vómito aislado, odinofagia intensa y rechazo de la ingesta en las últimas 24 horas. A la exploración presenta decaimiento, cercos periorbitarios, labios secos y un afta en el paladar blando. Como antecedente de interés, el paciente es alérgico al garbanzo, padece dermatitis atópica y los padres describen varios episodios de atragantamiento con la ingesta de sólidos durante la infancia.

El paciente había consultado en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias. Se realizó un electrocardiograma y una radiografía de tórax que no revelaron hallazgos patológicos y una

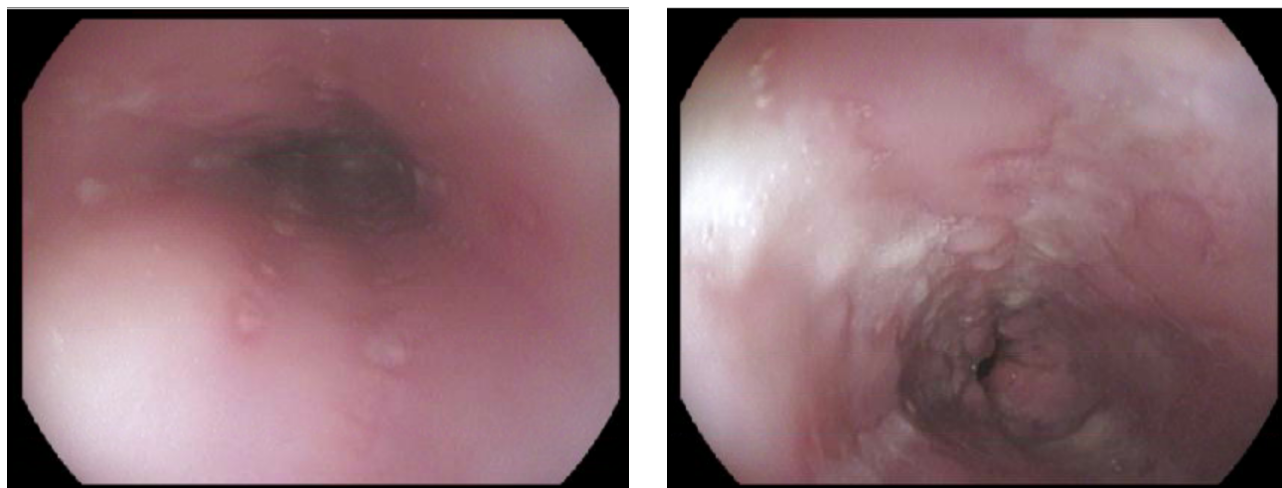
analítica sanguínea donde destacaba una elevación de la proteína C reactiva de 160 mg/l (valor normal: <4 mg/l), sin leucocitosis ni neutrofilia. Dada la sospecha de bacteriemia oculta, inicia antibioterapia oral y se indica seguimiento con su pediatra. En la consulta de revisión presenta mal estado general y deshidratación asociada, por lo que se le deriva a Urgencias. Finalmente, ingresa para antibioterapia, rehidratación intravenosa y completar el estudio.

Ante la sospecha de esofagitis, se solicita una endoscopia digestiva alta en la que se objetivan úlceras circunscritas cubiertas de fibrina, con bordes sobreelevados y surcos longitudinales en todo el trayecto esofágico, con estómago y duodeno sin alteraciones (Figuras 1 y 2). Estos hallazgos son compatibles con esofagitis infecciosa o esofagitis eosinofílica, por lo que se toman biopsias esofágicas para estudio histológico y microbiológico. Así mismo, se solicitan serologías infecciosas y, debido a la alta sospecha de esofagitis herpética, se inicia tratamiento intravenoso con aciclovir. El niño presenta mejoría clínica y analítica en las siguientes 48 horas, lo que permite dar el alta a domicilio con tratamiento antiviral oral y seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

Posteriormente, se recibe el resultado de la serología y del estudio microbiológico en biopsias esofágicas, ambos con positividad para el VHS-1, mientras que el estudio histológico objetiva menos de 15 eosinófilos por campo (Eo/campo), descartándose esofagitis eosinofílica (valor normal: <15 Eo/campo).

Tras completar 10 días de tratamiento, se confirma la resolución del cuadro, con ausencia de cualquier sintomatología.

**Cómo citar este artículo:** García Lara N, Torcuato Rubio E, Ledesma Albarrán M. Fiebre y odinofagia en un niño sano, ¿siempre faringitis? Form Act Pediatr Aten Prim. 2025;18(4):222-4.



Figuras 1 y 2. Endoscopia digestiva alta en la que se objetivan úlceras circunscritas cubiertas de fibrina, con bordes sobreelevados y surcos longitudinales en todo el trayecto esofágico, con estómago y duodeno sin alteraciones.

## INTRODUCCIÓN

La esofagitis infecciosa es la tercera causa de esofagitis en la edad pediátrica, tras la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la esofagitis eosinofílica, por lo que debería ser considerada en el diagnóstico diferencial de disfagia/odinofagia y dolor torácico o retroesternal<sup>1</sup>. Los agentes más frecuentemente implicados de mayor a menor frecuencia son *Candida*, virus del herpes simple y citomegalovirus (CMV)<sup>2</sup>. Aunque suele diagnosticarse en pacientes con alteraciones en la inmunidad, también puede desarrollarse en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, se trata de una enfermedad infradiagnosticada debido a la frecuente resolución espontánea y al bajo índice de sospecha ante un cuadro de odinofagia en niños sanos, catalogándose como faringitis viral inespecífica en la mayoría de las ocasiones<sup>3</sup>.

## CLÍNICA

La presentación clínica más frecuente consiste en disfagia y/u odinofagia, fiebre y dolor torácico o retroesternal. En el paciente inmunocompetente puede cursar de forma asintomática o aparecer síntomas inespecíficos, por lo que es frecuente que se confunda la esofagitis infecciosa con una faringoamigdalitis vírica y que se infraestime su frecuencia<sup>3-5</sup>.

## DIAGNÓSTICO

La historia clínica y la exploración pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico de sospecha. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se establece por endoscopia y mediante la toma de una biopsia para el estudio histológico y microbiológico.

En las **esofagitis fúngicas**, la imagen endoscópica típica consiste en placas blanquecinas y mucosa friable.

En las **esofagitis virales**, las lesiones características son las vesículas y úlceras con base eritematosa a nivel del esófago medio y distal. Estos hallazgos son comunes a la infección por VHS y CMV. Mediante PCR en biopsia gástrica/esofágica se identifica el agente implicado, siendo más frecuente el VHS, y dentro de este, el subtipo VHS-1<sup>2,6</sup>.

Respecto a las **esofagitis bacterianas**, que además son poco frecuentes, la imagen endoscópica suele ser inespecífica.

En la **Tabla 1** se recogen las causas de esofagitis infecciosas y la imagen endoscópica que las caracteriza<sup>2</sup>.

## TRATAMIENTO

Cuando se trata de esofagitis virales, como es el caso presentado, el tratamiento con antivirales es obligado en pacientes inmunodeprimidos y aconsejable en los pacientes immuno-

Tabla 1. Causas de esofagitis infecciosa. Imágenes endoscópicas tomadas de O'Donnell JEM et al.<sup>2</sup>

Causa	Imagen endoscópica	
Cándida	<ul style="list-style-type: none"><li>Placas blanquecinas, no se desprenden con lavado.</li><li>Mucosa friable.</li></ul>	
Aspergillus	<ul style="list-style-type: none"><li>Similar a esofagitis por cándida.</li></ul>	
VHS	<ul style="list-style-type: none"><li>Úlceras circunferenciales con base eritematosa.</li></ul>	
CMV	<ul style="list-style-type: none"><li>Úlceras en sacabocados.</li><li>Úlceras circunferenciales.</li></ul>	
Bacterias	<ul style="list-style-type: none"><li>Inespecífica.</li></ul>	

competentes<sup>2</sup>. El antiviral de elección es aciclovir 30 mg/kg/día vía oral, siempre y cuando el paciente presente tolerancia oral<sup>2,3</sup>. En aquellos casos donde exista intolerancia, el tratamiento se suministrará por vía endovenosa. En cuanto a la duración de este, se aconseja iniciar el tratamiento antes del tercer día de clínica, ya que ofrece un mayor beneficio para el paciente; sin embargo, puede iniciarse pasado este tiempo si el paciente lo precisa y mantenerse durante 7 a 14 días.

Además del tratamiento específico, será fundamental el control del dolor con analgesia y se aconseja el empleo de inhibidores de la bomba de protones (IBP), así como dieta líquida y evitar alimentos ácidos. En casos de intolerancia oral en pacientes ingresados, puede ser necesario iniciar nutrición enteral por sonda nasogástrica mientras persista la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carabaño I, Armas h, Ortigosa L. Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños. En: Ergon. C, editor. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 5.ª ed. Majadahonda: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2021. pp. 19-32.
2. O'Donnell JEM, Krishnan U. Infectious esophagitis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2022;75(5):556-63.
3. Al-Hussaini A, Fagih M. Herpes simplex ulcerative esophagitis in healthy children. Saudi J Gastroenterol. 2011;17(5):353-6.
4. Rajasekaran V, Rahaman V, Hou X, Steele RW. HSV esophagitis in an immunocompetent 17-year-old. Glob Pediatr Health. 2021;8:2333794X211052914.
5. Canalejo E, García Durán F, Cabello N, García Martínez J. Herpes esophagitis in healthy adults and adolescents: Report of 3 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2010;89(4):204-10.
6. Altamimi EM, Alorjani MS, Alquran WY. Herpetic esophagitis in immunocompetent child. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019;22(3):298-302.