Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3555

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/825 - VENGO POR ODINOFAGIA, ¿TENDRÉ UNA FARINGITIS?

S. Cuichán Arias[a], M. Verde González[b] y B. Tarazona Chocano[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Todos los médicos durante nuestra vida profesional estamos expuestos a encontrarnos con algunas de aquellas patologías cuya prevalencia es inferior a 5 por cada 10.000 individuos. Enfermedad febril, rara, de etiología desconocida, cuyo diagnóstico es de exclusión, pero que de no ser tratada oportunamente puede presentar una elevada morbimortalidad. Antecedentes personales: ITUs de repetición. Still del adulto en 2013. Quiste renal simple y urolitiasis izquierda. Motivo de consulta: odinofagia, fiebre y lesiones cutáneas. Mujer de 59 años acude por cuadro de 2 semanas de odinofagia, fiebre máxima de 40 ºC, de predominio vespertino, poliartralgias migratorias, lesiones maculopapulares eritematosas menores de 1 cm (inicialmente en rodilla, muslo izquierdo, glúteos y actualmente presentes en región axilar) asociando astenia y debilidad generalizada. Probable disnea. Síndrome miccional auto limitado hace más de tres semanas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 137/63. FC: 107 T: 39,7 ºC. Faringe hiperémica, pequeñas adenopatías en cadenas laterocervicales bilaterales, predominio izquierdo. AP: escasos crepitantes bibasales. Máculas eritematosas axilares. Eritema y telangiectasias en escote. Leucocitos 21.500; plaquetas 510.000; neutrófilos 96%; linfocitos 3,6%; VSG 56; fibrinógeno > 1.200; glucosa 140; GPT 50; LDH 379; fosfatasa alcalina 201; GGT 140; PCR 134; hierro 19; ferritina 521; transferrina 161. Serologías: negativas excepto IgG dudoso de Mycoplasma. Radiografía de tórax: alteraciones inespecíficas de la trama broncovascular. Tratamiento: corticoides, antibióticos y analgesia.

Juicio clínico: Brote de enfermedad de Still del adulto por probable desencadenante infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Faringitis bacteriana. Infección viral. Enfermedad reumática sistémica. Vasculitis. Linfoma.

Comentario final: En un contexto adecuado la aparente patología banal podría enmascarar una enfermedad que de no ser diagnosticada y tratada oportunamente puede llegar a amenazar la vida de quien la padece. En un paciente con sintomatología que no sea coherente con el cuadro clínico habitual, deberíamos sospechar de alguna enfermedad poco frecuente. Si bien durante las primeras consultas con un paciente con una enfermedad rara. No tenemos claro el ejercicio de la medicina, es prioritario saber que luego de haber descartado la patología aguda grave, deberíamos procurar orientar en busca del bienestar de aquel paciente.

Bibliografía

1. Díez Morrondo C, Pantoja Zarza L, Aspectos actuales de la enfermedad de Still del adulto. Med Clin (Barc). 2014;142(1):29-32.
2. Mandl LA. Clinical manifestations and diagnosis of adult Still&#39s disease; UpToDate, 2017.

Palabras clave: Artralgia. Fiebre. Exantema.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.