



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/118 - INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19

A. del Rey Rozas¹, J. Rodríguez Duque²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años con AP de psoriasis y 3 abortos acude a Urgencias por cuadro de 3 días de evolución de fiebre, mialgias, poliartralgias de grandes y pequeñas articulaciones y exantema en miembros que respeta palmas y plantas. No clínica respiratoria, gastrointestinal ni genitourinaria. No síndrome general ni sudoración nocturna. Niega fotosensibilidad, Raynaud, no refiere episodios de uveítis. No lesiones cutáneas. Niega úlceras genitales ni orales.. No episodios previos de artritis.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Eupneica en reposo. Cabeza y cuello: adenopatía submandibular izquierda dolorosa a la palpación, no se palpan a otros niveles. Tórax: auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC, sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen: blando, no doloroso a palpación. No datos de peritonismo. No se palpan masas ni megalías. RHA de características normales. EEII: no edemas ni signos de TVP. Locomotor: Dolor a la palpación en carpos, todas las MCF, rodillas y tobillos, sin datos de artritis. No se objetivan lesiones cutáneas en estos momentos. Analítica sanguínea: Leucocitos $2,4 \times 10^3$ /?L, hemoglobina 10,6 g/dL, V.C.M. 83 fL, plaquetas 97×10^3 /?L. PCR 0,9 mg/dL, glucosa 93 mg/dL, urea 27 mg/dL, creatinina 0,59 mg/dL, bilirrubina total 0,3 mg/dL, AST 16 U/L, ALT 25 U/L, gamma-GT (GGT) 23 U/L, fosfatasa alcalina 43 U/L, Na 139 mEq/L, K 4,4 mEq/L, actividad de protrombina 78%. Pruebas rayos: Rx manos y rodillas 2P: sin hallazgos patológicos de interés. Rx tórax PA y LAT: No condensaciones ni derrame pleural. No cardiomegalias. Se solicitan serologías virales y se ingresa en Reumatología, objetivándose Parvovirus B19 IgM positivo e VEB IgM positivo. C3 y C4 en rango de la normalidad. ANA negativos. Estudio de SAF negativo. Se inicia tratamiento con AINEs con franca mejoría de la artromialgia, y en analítica de control a los 2 días se objetiva mejoría de las 3 series hematológicas. Se decide alta a su domicilio con seguimiento en consultas de Reumatología.

Juicio clínico: Artromialgias secundarias a infección por parvovirus B19.

Diagnóstico diferencial: Gripe, artritis reumatoide, lupus.

Comentario final: La patología articular es uno de los motivos de atención más frecuentes en Atención Primaria. Pese a que la patología más frecuente de este grupo de enfermedades es la artrosis, las monoartritis y las poliartritis suponen un mayor riesgo diagnóstico y terapéutico. Las causas más frecuentes de poliartralgia/poliartritis aguda son la infecciosa (viral o bacteriana), artritis microcristalina, artritis reumatoide, lupus, artritis reactiva y sarcoidosis. Una adecuada anamnesis y exploración física son esenciales en una primera aproximación de la patología articular, orientando el tipo de pruebas complementarias que se

solicitarán después (pruebas de imagen, autoinmunidad, serologías, análisis de líquido articular). Las artromialgias son una de las múltiples posibles manifestaciones del parvovirus B19, que puede causar además PAN, púrpura trombocitopénica, aplasia medular, encefalitis, miocarditis, bronquitis, laringitis o abortos. Su tratamiento es sintomático excepto en inmunodeprimidos o afectación fetal grave.

Bibliografía

Heegaard ED, Brown KE. Human parvovirus B19. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15:485.

Óuz F, Akdeniz C, Ünüvar E, et al. Parvovirus B19 in the acute arthropathies and juvenile rheumatoid arthritis. *J Paediatr Child Health.* 2002; 38:358.