Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):96

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1070 - Odinofagia a las cuatro de la madrugada

M. Guitián Domínguez[a], E. Hernández Bay[a], P. Gutiérrez García[a], Y. Calvo Martín[b], A. Cereijo Pardiñas[c], M.M. Cobos Siles[d], M. Gabella Martín[d] e Y. González Silva[e]

[a]Médico Residente; [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Covaresa-Parque Alameda. Valladolid. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. [d]Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 16 años que acude al servicio de urgencias por malestar general y astenia, con odinofagia y disfagia de 5 días de evolución, fiebre de 38,5 ºC. En tratamiento desde hace 4 días con amoxicilina-clavulánico 875/125 desde hace 4 días sin presentar mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presente faringe hiperémica, hipertrofia amigdalar con exudados en su superficie, no petequias en superficie palatina. En oídos signo de trago y antitrago negativo, no alteraciones en tímpanos. No dolor a la palpación de senos frontales y maxilares. Presenta adenopatías cervicales bilaterales y simétricas, con otra a nivel submaxilar izquierdo. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos, con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias. Analítica sistémica: leucocitos 14.300 (neutrófilos 28,9% y linfocitos 60,7%), PCR 6, GPT 95, GOT 54, LDH 313. Coagulación y serie roja sin alteraciones. Frotis sanguíneo abundantes linfocitos activados. Serología positiva para Epstein-Barr VCA IgM 14,4, VCA IgG 1,5 y EBNA IgG 0,01.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa.

Diagnóstico diferencial: Herpesvirus humanos (10% de los casos): el más relacionado es el HHV-6. Suele cursar con exantema. Citomegalovirus (5-10% de los casos): se caracteriza por fiebre prolongada y ausencia de faringitis y adenopatías. La hepatitis está presente en casi la totalidad de los pacientes. Toxoplasmosis (1-3% casos): síndrome caracterizado por fiebre y linfadenopatía. No suele afectar a la faringe ni a las pruebas hepáticas. Primoinfección por VIH (1-2% casos): puede asemejar un síndrome mononucleósico, con fiebre, linfadenopatías, odinofagia, lesiones mucocutáneas, artralgias, mialgias, cefalea, náuseas y vómitos. Otros: adenovirus, virus de la hepatitis, virus de la parotiditis, rubéola, brucelosis, fármacos (fenitoína, carbamazepina, minociclina).

Comentario final: En el caso de este paciente la importancia radica en explicar el porqué de la ineficacia de la antibioterapia porque su faringitis no es de etiología bacteriana. Informar sobre su diagnóstico que por la clínica, exploración y pruebas complementarias sugiere un cuadro de mononucleosis infecciosa. Abordar las complicaciones del cuadro y pautar tratamiento para paliar

los síntomas.

Bibliografía

1. Aronson MD, Auwaerter PG. Infectious mononucleosis in adults and adolescents. UpToDate, 2014.
2. Lennon P, Crotty M, Fenton JE. Infectious mononucleosis. BMJ. 2015;350:h1825.

Palabras clave: *Odinofagia. Fiebre. Adenopatía. Faringitis. Mononucleosis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.