



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2873 - CUADRO CATARRAL Y FIEBRE QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO

M. Flores Montañés<sup>a</sup>, M. Ayala Hernández<sup>b</sup> y L. Justicia Gómez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Planilla. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 15 años. NAMC. AP: colon irritable. Sin tratamiento habitual. Acude a nuestra consulta de Atención primaria por cuadro de 4 días de evolución consistente en odinofagia, y fiebre de hasta 39 °C con escasa respuesta a antitérmicos. No tos ni mucosidad. Además durante la anamnesis refiere polimialgia generalizada y astenia muy intensa en las últimas semanas que se ha ido incrementando. Se nota una adenopatía laterocervical derecha hace 15 días. Se decide derivar a Urgencias para pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente. Normotenso. SatO<sub>2</sub> 98% basal. T<sup>a</sup> 38,5 °C. A nivel laterocervical derecho se palpa adenopatía de 1 cm, de bordes definidos y consistencia elástica. Faringe muy hiperémica, hipertrofia amigdalina sin exudado. ACP: rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible no doloroso. MMII: no edemas. Analítica de urgencias: Hb 6,9, plaquetas 16.000, leucocitos 163.000. Coagulación: TP 60%. Bioquímica normal. LDH 650. Rx tórax: ICT normal, sin condensación pulmonar.

**Orientación diagnóstica:** Se contacta con Hematología realizando frotis de sangre observándose una infiltración masiva de células de aspecto blástico. Comienzan tratamiento con corticoides, hiperhidratación, alcalinización y transfusión de concentrados de hematíes y pool de plaquetas. La punción de médula ósea confirma el diagnóstico de leucemia mieloide aguda. Se cursa ingreso a cargo de Hematología.

**Diagnóstico diferencial:** Faringitis aguda viral frente a enfermedad Epstein Barr frente a amigdalitis aguda frente a leucemia aguda.

**Comentario final:** El pronóstico de los pacientes afectados de leucemia mieloide aguda varía sustancialmente en función de la edad y del subtipo de la LMA. Los pacientes jóvenes con leucemias que reciben un trasplante alogénico familiar o de donante no emparentado en primera remisión completa tienen una probabilidad de curación de hasta el 65-70%. Este caso es importante por la evolución tórpida de lo que en principio podría parecer una enfermedad más banal, y destacar la detección de síntomas de alarma para realización de pruebas complementarias para un diagnóstico de exclusión.

### Bibliografía

1. Badell Serra I. Leucemia en la infancia, signos de alerta.

**Palabras clave:** Adenopatía. Astenia. Odinofagia.