Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 2153

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/4543 - DE AMIGDALITIS A VASCULITIS

E. Paños Maturana[a], C. López Fernández[b], P. Agüera Moreno[c] y Á. Vidal Suárez[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. [c]Centro de Salud La Laguna. Cádiz. [d]Médico Residente de 2º año de Endocrinología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 26 años sin antecedentes personales de interés que tras cuadro catarral de una semana de evolución comienza con fiebre, mayor odinofagia e hipertrofia amigdalar. Es atendido en el Centro de Salud donde se le prescribe amoxicilina 500 mg cada 8 horas e ibuprofeno. Tras 5 días con escasa mejoría se cambia por amoxicilina/ac. clavulánico 875/125 mg presentando un exantema generalizado. Por este motivo abandona el tratamiento y comienza con azitromicina. Tras dos tomas comienza con nuevo exantema generalizado que progresa, por lo que acude una vez más al CS. Se vuelve a valorar al paciente. Durante todo este tiempo la fiebre no ha desaparecido, manteniéndose con febrícula/fiebre hasta 39 ºC en algunas ocasiones y astenia. Cuando acude nos comenta que el exantema ha cambiado. Tras la exploración se decide enviar al paciente a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, COC, Tª 37,4 ºC. TA 110/60. Eupneico en reposo, Sat O2 98%. Al principio del cuadro presenta una adenopatía latero-cervical no dolorosa que tras los antibióticos ha desaparecido. ACP sin hallazgos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. En MMII presenta exantema y púrpura palpable que no desaparece a la digitopresión que se extiende de tobillo hasta nalgas. No afecta a palmas ni plantas. Analítica: hemograma normal, bioquímica con hipertransaminasemia (GPT 135, GOT 294), LDH 444, CK 11.458 y leve coagulopatía (INR 1,29, TP 68%), GSV normal, PCR de gripe negativa. SO normal. Leve esplenomegalia en ecografía. Serología: virus Epstein Barr IgG 25,5 U/mL (+> 20) IgM > 160 u/mL (+> 40), IgG EBNA negativo. Compatible con infección en curso. CMV negativo, resto de serología normal.

Orientación diagnóstica: El paciente ingresa en Medicina Interna, realizando IC a Dermatología que realiza una biopsia de las lesiones, dando como diagnostico vasculitis leucocitoclástica en el contexto de infección aguda por VEB.

Diagnóstico diferencial: Exantema por fármacos, Rabdomiolisis. Púrpura de Schönlein-Henoch.

Comentario final: Lo que al principio parece un simple faringitis puede complicarse. Es importante explicar los signos y síntomas de alarma, y hacer una correcta exploración del paciente.

Bibliografía

1. Cervantes Bonet B, Callejas Rubio JL, Ortego Centeno N. Virus y vasculitis sistémicas. Rev Clin Esp. 2006;206(10):507-9.

Palabras clave: Vasculitis. VEB.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.