

347/1217 - EXUDADO AMIGDALAR ¿VÍRICO O BACTERIANO?

I. García Martín^a, I. Ruiz del Álamo^b, A. Burgos Ruiz^c y M. Pozo Rosales^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. ^bServicio de Urgencias. Hospital Campus de la Salud. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 22 años, sin AP de interés. Hábitos tóxicos: fumador de 4/5 cigarrillos al día y bebedor ocasional. Acude al centro de salud por fiebre de hasta 40º, y exudado amigdalar, siendo diagnosticado de faringoamigdalitis pultácea, administrándose tratamiento con amoxicilina/clavulánico y AINEs. Pasado tres días vuelve al por, persistencia de la fiebre, mialgias, y adenopatías dolorosas, ictericia conjuntival y coluria.

Exploración y pruebas complementarias: Se le realiza una exploración física destacando las adenopatías submandibulares y laterocervicales y una leve esplenomegalia de 2-3 cm. Realizamos una analítica destacando leucocitosis con linfocitos estimulados en el frotis, PCR aumentada, bilirrubina de 11 mg/dl a expensas de la directa GOT 421, GPT 584, GGT 267, FA 320. Y una serología positiva para VEB con anticuerpos heterófilos, resto negativo. Rx tórax normal. Eco abdomen: marcado engrosamiento de las paredes de la vesicular biliar, con escasa luz dentro de la misma. Esplenomegalia homogénea. No dilatación de vía biliar intra ni extrahepática.

Orientación diagnóstica: Mononucleosis infecciosa secundaria a VEB.

Diagnóstico diferencial: Nos plantea un diagnóstico diferencial con una primoinfección con el VIH, una sífilis secundaria, o lo más común un exantema secundario a la amoxicilina que tomo al inicio del cuadro. Por lo que repetimos serología.

Comentario final: El paciente se deriva al hospital e ingresa a cargo de Enfermedades Infecciosas con evolución tórpida por intensa odinofagia. Se instaura tratamiento con corticoides a dosis altas mejorando la sintomatología. A las 72H del ingreso aparece un exantema maculopapular generalizado que no respeta palmas y plantas, que nos plantea un diagnóstico diferencial con una primoinfección con el VIH, una sífilis secundaria, o lo más común un exantema secundario a la amoxicilina que tomó al inicio del cuadro. Por lo que repetimos serología. El paciente mejora clínicamente y de los parámetros analíticos por lo que se da de alta y cita de revisión en consulta de AP. El paciente vuelve a los 15 días habiendo desaparecido el exantema y con serología para VIH, y sífilis negativa. Por lo que el exantema era secundario a la toma de amoxicilina en el contexto de VEB.

Bibliografía

1. UpToDate.

Palabras clave: Exudado. Exantema. Adenopatías.