

424/1082 - UNA AMIGDALITIS SISTÉMICA

F. Da Costa Azevedo¹, J. Breva Aymerich², M. Maestro Ibáñez³ y D. Savic Pesci⁴

¹Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Horts de Miró. Reus. Tarragona. ²Médico de Familia. Centro de Salud Constantí. Tarragona. ³Médico de Familia. Centro de Salud de l'Ametlla de Mar. Tarragona. ⁴Médico de Familia. CAP Horts de Miró. Reus. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 28 años acude por odinofagia con babeo, mal estado general y fiebre alta de un día de evolución. Se le pauta amoxicilina-clavulánico 875/125 mg, prednisona 60 mg durante 3 días, Ibuprofeno intercalado con paracetamol. Al cuarto día de evolución le aparecen lesiones eritematosas palmo-plantares, algunas con flictendas asociadas, por lo que reacude.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. 39 °C. TA 112/60 mmHg. FC 67 lpm. AC: tonos rítmicos, no soplos. AR: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalías. ORL: orofaringe hiperémica con amígdalas hipertrófiadas y abundantes exudados pultáceos. Adenopatías laterocervicales. Piel: lesiones pápulo-maculares eritemato-vasculíticas en palmas y plantas, alguna flictena asociada. Analítica de sangre: creatinina 0,88 mg/dL, urea 29 mg/dL. Proteinograma normal, ionograma normal. No microalbuminuria. Perfil hepático normal. P. Bunnel: ausencia de anticuerpos. IgM virus Epstein-Barr negativo. Ac. antiestreptolisinas 25 UI/mL. Treponema pallidum Ac 8 IgG+IgM): No reactivo. Citomegalovirus, Ac. (IgG) 6,27, IgM negativa. Cribado ENA 6 negativo immunoglobulina E 19,20 UI/mL (normal). Erythrovirus (Parvovirus) B19, Ac. IgM 0,23, IgG positiva. Chlamydia pneumoniae IgM 1,50, IgG 2,35 (positiva).

Orientación diagnóstica: Amigdalitis bacteriana versus vírica. Eritema multiforme asociado. Bacteriemia.

Diagnóstico diferencial: Vasculitis. Glomerulonefritis por IgA. Toxicodermia. Sífilis. Mononucleosis. Parvovirus. Mycoplasma pneumoniae. Chlamydia pneumoniae. Coxiella burnetti.

Comentario final: La Chlamydia pneumoniae es una bacteria intracelular que puede multiplicarse en macrófagos alveolares, monocitos y células del endotelio vascular, de ahí poder haber hecho estas lesiones vasculíticas, aunque muy infrecuentes. Posiblemente este cuadro podría haber ido asociado a un eritema multiforme que ha sido frenado los primeros días por la corticoterapia a dosis plenas. Nos sirve como repaso de lesiones vasculíticas asociadas a cuadros infecciosos, con amplio diagnóstico diferencial. Es importante su reconocimiento precoz desde atención primaria, dado el compromiso muco-cutáneo y/o sistémico por C. pneumoniae, tratándose de una entidad que exige diagnóstico precoz, especialmente en las formas más graves. Además, es importante saber reconocerlo y diferenciarlo de otras etiologías infecciosas y/o farmacológicas.

Bibliografía

1. Mensa J. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2018, 18^a ed.
2. Jaqueti J. Procedimientos diagnósticos en las infecciones por Chlamydia pneumoniae. 2000;18:157-205.

Palabras clave: Amigdalitis. Chlamydia pneumoniae. Clínica atípica.