



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1323 - CUANDO TIENES FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN EN PANDEMIA

M. Guerrero Cruces¹, H. Cruz Terrón², Á. Navas Moruno³ y C. Aguado Taberné⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años que consultaba reiteradamente por fiebre de hasta 39 °C de un mes de evolución, siendo diagnosticada de amigdalitis de repetición con mala respuesta a fenoximetilpenicilina, amoxicilina-clavulánico y levofloxacino. La paciente volvió a consultar por fiebre y odinofagia presente previamente, así como la aparición de astenia, bultos dolorosos en cara lateral externa de ambos pies y artralgias sin signos de inflamación en hombro derecho, codo derecho y ambas rodillas.

Exploración y pruebas complementarias: ORL: adenopatías laterocervicales dolorosas > 2 cm. Faringe enrojecida con exudado en ambas amígdalas. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos audibles; murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal, ni masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. MM.II: nódulos eritematosos dolorosos en cara lateral externa de ambos pies. Laboratorio: Hematimetría: leucocitos 5.630 (3.850 neutrófilos), Hb 13,2; VSG 39, PCR 32,7. Proteinograma con gammapatía policlonal. ASLO 890, albúmina 3,44. Inmunoglobulinas y complemento normales, salvo ANA positivo. Serología: IgG (+) con IgM (-) para VHS, VEB y CMV. VIH, toxoplasma, treponema, Leishmania negativos. Cultivos faríngeos: negativos. RT-PCR SARS-CoV-2: negativo. ECG: ritmo sinusal a 82 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización. Ecocardiograma-Doppler color: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Fiebre reumática post-estreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Poliartritis: AIJ, LES artritis séptica-artritis posinfecciosa; crisis de células falciformes-enfermedad del suero-enfermedad de Lyme; gota; sarcoidosis. Carditis: endocarditis infecciosa-miocarditis viral, enfermedad de Kawasaki; otras miocardiopatías. Nódulos subcutáneos: AIJ, sarcoidosis, xantomatosis. Eritema marginado: enfermedad de Lyme, AIJ, sífilis, tiña, enfermedad del suero; eritema multiforme-púrpura de Schonlein-Henoch. Corea: enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, temblor familiar, reacción de ansiedad.

Comentario final: Con la sospecha inicial de fiebre reumática, se derivó la paciente a los distintos especialistas para descartar patología asociada. Además, tras la realización del estudio y una vez establecido el diagnóstico, se inició tratamiento con bencilpenicilina 1.200.000 UI cada 21 días hasta 3-6 meses, y se realizó amigdalectomía.

Bibliografía

1. Ros-Viladoms JB. Fiebre reumática: una enfermedad emergente. *An Pediatr Contin*. 2010;8(1):17-25.

Palabras clave: Fiebre reumática. Amigdalitis. Penicilina G.