



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

482/1503 - DOCTOR, TENGO PLACAS

M. Santos Rubio¹, C. Maldonado López², J. Lobato Santos³ e I. Macias Hernández⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdepasillas. Badajoz. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 19 años sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por presentar odinofagia intensa de 2 días de evolución acompañada de fiebre de hasta 39,4 °C en domicilio y artromialgias. No asocia tos ni otra sintomatología de semiología respiratoria. No contacto con pacientes COVID-19 positivo.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes dentro de la normalidad. En la exploración se objetivan adenopatías laterocervicales menores de 1 cm, móviles, dolorosas a la palpación; la faringe se encuentra hiperémica, con amígdalas hipertróficas y exudado blanco-grisáceo en ambas amígdalas. Resto de exploración normal, sin encontrar hepatomegalia ni esplenomegalia en la exploración abdominal. Ante la duda diagnóstica con una posible mononucleosis infecciosa, se solicita analítica, en la que destaca leucocitosis con neutrofilia, con perfil hepatorrenal normal.

Orientación diagnóstica: Faringoamigdalitis estreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis aguda de etiología vírica (adenovirus, rinovirus, coronavirus, virus Epstein-Barr, CMV, gripe y parainfluenza, VRS), siendo el principal diagnóstico diferencial, en nuestro caso, el de mononucleosis infecciosa.

Comentario final: La faringoamigdalitis estreptocócica es una patología muy frecuente en la consulta de Atención Primaria. Su comienzo es súbito, con odinofagia intensa, disfagia, fiebre elevada (38,5-40 °C) precedida de escalofríos, y cefalea relacionada con la fiebre, es decir, que aumenta con la elevación de la temperatura y cede cuando esta disminuye. En los niños es frecuente que curse con náuseas, vómitos y dolor abdominal. En la exploración física: se evidencia un exudado faríngeo de color blanco-grisáceo, que afecta de manera difusa a las amígdalas y los pilares amigdalinos, y adenopatías laterocervicales anteriores y submandibulares dolorosas. El diagnóstico se basa en los criterios de Centor: exudado amigdalino, adenopatía cervical anterior dolorosa, linfadenitis, fiebre y ausencia de tos; pudiendo confirmarse con el test detección rápida de antígenos específicos (TDRAE: el tratamiento se realiza con analgésicos y antipiréticos, AINE y antibioterapia (de primera elección penicilinas y como alternativa azitromicina).

Bibliografía

- Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J. Recommendations for diagnosis and etiological treatment of acute streptococcal pharyngotonsilitis in pediatrics. Rev Chilena Infectol. 2019;36(1):69-77.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 6^a ed. Elsevier; 2018.

Palabras clave: Faringoamigdalitis aguda.