



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/63 - FARINGOAMIGDALITIS DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN, CRÓNICA DE UN CASO

M. García Aroca^a, E. Fernández Cueto^b, E. Schmucke Fortty^c, M. Conesa Espejo^d, M. Boksan^c, C. Sánchez Pérez^e y A. Plazas Miñarro^f

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Los Dolores. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Cartagena-Casco. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años acude a consulta de Atención Primaria (AP), refiriendo leve odinofagia y sensación distérmica de 12 horas de evolución que ceden parcialmente tras paracetamol. Se observa únicamente exudado amigdalar, pautando penicilina y observación. Regresa a las 36 horas con postración, fotofobia, prurito ocular bilateral y exantema a nivel braquial incipiente. Tras sospecha clínica hacia shock descompensado se inicia tratamiento de soporte y remisión a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Triángulo de evaluación pediátrica (TEP): apariencia anormal, respiración normal, circulación anormal. Malestar general, palidez mucocutánea, febril (38,7 °C). PA 95/60 mmHg. Saturación 95% FiO2 0,21. Cabeza y Cuello: halitosis, absceso periamigdalino con halo costroso y adenopatía. Oftalmología: fotofobia, inyección conjuntival bilateral, fluoresceína positiva. ACP: taquicardia 120 lpm, sibilancias espiratorias. Frialidad en extremidades, retardo de pulso y relleno capilar. Piel-faneras: lesiones erosivo-costrosas en labios y mucosa labial. Lesiones eritematopapulosas en tórax, abdomen y extremidades superiores de 3 cm diámetro y confluencia vesicular-ampollosa bien definida en región cubital izquierdo. Neurológico: Glasgow 11, con datos de focalidad incipiente. Analítica (PCR 8,2 mg/dL, L 12.740, N 71%), Radiografía de tórax, serología, cultivos para virus y bacterias (mucosa oral y conjuntival), estudio de orina e inmunológico: anodinos. Tratamiento con cristaloides y coloides, clindamicina iv, colutorios, mupirocina y colirio antibiótico y antiinflamatorio.

Juicio clínico: Síndrome de Stevens Johnson.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis. Conjuntivitis. Absceso periamigdalino. Impétigo ampolloso, pénfigo vulgar, septicemia, meningococcemia.

Comentario final: Destacar la importante labor de cribado y compromiso del médico de AP. Este síndrome se caracteriza por lesiones en piel y membranas, asociando fiebre y postración, resultando la anamnesis, clave fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo.

Bibliografía

1. Sánchez X, et al. Síndrome de hipersensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). Rev Asoc Col Dermatol. 2008;16(3):208-10.