



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/2 - PROCESO AGUDO FEBRIL Y SOSPECHA ESTREPTOCÓCICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. García Aroca^a, K. Baldeón Cuenca^b, A. Nofan Maayah^c, M. Abuhassira^d, V. Choquehuanca Núñez^e y J. Cabrera Sevilla^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena, Murcia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^fMédico de Urgencias. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años refiriere tras su regreso estival, odinofagia de 12 horas de evolución y sensación distérmica refractarias a paracetamol. Se observa únicamente exudado amigdalár, pautando penicilina y observación. Regresa a las 36 horas con postración, fotofobia, prurito ocular bilateral y exantema a nivel braquial incipiente.

Exploración y pruebas complementarias: Triángulo de evaluación pediátrica (TEP). 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: FC 120 lpm, MVD, sibilancias espiratorias. Frialdad 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. Resto exploración normal. Tras sospecha clínica (TEP*) hacia shock descompensado se inicia tratamiento de soporte y remisión a Urgencias. 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. Tratamiento con cristaloides y coloides, clindamicina iv, colutorios, mupirocina y colirio antibiótico y antiinflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis. Conjuntivitis. Absceso periamigdalino. Impétigo ampoloso, pénfigo vulgar, septicemia, meningococemia, Behçet.

Comentario final: Destacar la importante labor de cribado del médico de AP, resaltar la exploración, clave fundamental para el cuidado integral del paciente, diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo.

Bibliografía

1. Intravenous immunoglobulin treatment for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a prospective non comparative study showing no benefit on mortality or progression. Arch Dermatol. 2003;139:33-6.

Palabras clave: Faringitis. Conjuntivitis. Dermatitis.