



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

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. <sup>f</sup>Médico de Urgencias. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 14 años refirió tras su regreso estival, odinofagia de 12 horas de evolución y sensación distérmica refractarias a paracetamol. Se observa únicamente exudado amigdalino, 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.