



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2686 - Síndrome febril y lesiones dérmicas, en paciente joven

E. Tejada Pérez<sup>a</sup>, M.Á. Arrabal Arrabal<sup>b</sup>, M.P. García Butenegro<sup>c</sup>, I. Matos Rojas<sup>d</sup>, R. Martínez Arribas<sup>e</sup> y V.R. Quinto Lechado<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Bargas. Toledo. <sup>b</sup>Médico Interno Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>c</sup>FEA de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. <sup>e</sup>PEAC Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Bargas. Toledo. <sup>f</sup>Médico Interno Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Bargas. Toledo.

## Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: cefalea, vómitos y fiebre. Caso clínico: mujer de 24 años, sin antecedentes patológicos de interés, acude consultas por cuadro de rinorrea, malestar general, odinofagia y sensación distérmica hace 4 días. Hoy de cefalea holocraneal opresiva, que cede con ibuprofeno a dosis habituales, febrícula 37.8°C, vómitos no proyectivos en varias ocasiones. Además presenta lesiones dérmicas pápulo nodulares con centro pustuloso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Examen físico: constantes vitales: TA: 128/56 mmHg; FC: 62 lpm; Tª: 36,4; Sat. O2: 98%. Buen estado general. No focalidad neurológica, ni signos meníngeos. Piel: presencia de lesiones pápulo-nodulares con centro pustuloso, dispersas, no coalescentes en cabeza, tronco y raíz de extremidades. Refiere prurito. Resto de la exploración normal.

**Juicio clínico:** Varicela, infección de vías respiratorias.

**Diagnóstico diferencial:** Picadura de insectos, Eccema de contacto o farmacológico.

**Comentario final:** Derivamos a Urgencias. Donde valora la paciente y realizan pruebas complementarias. Hemograma: leucocitos 19.600/l, neutrófilos 17.300/l, Cayados 2%, Segmentados 90%. Bioquímica: proteína C reactiva > 90,0 mg/l. Coagulación: INR 1.2, fibrinógeno 846,0 mg/dl. Examen de orina: normal. Radiografía de tórax: normal. TC cráneo sin civ.- Informado de malformación Arnold-Chiari I. Punción lumbar: LCR: Leucocitos 10<sup>5</sup>/mm<sup>3</sup>, Hematíes 101/mm<sup>3</sup>, Glucosa 50 mg/dl, Proteínas totales 72,00 mg/dl. Cristalino. En Urgencias: Paciente febril, con clínica de infección respiratoria y datos sugestivos de meningitis. Dado los hallazgos citados se interconsulta con Neurología y Dermatología. Se inicia tratamiento con aciclovir 10 mg/kg cada 8 horas, solicitar serología del LCR. Se toman muestras para cultivo de las lesiones dérmicas. Ingresa en Medicina Interna. Durante el ingreso persistía febril y con cefalea. Precizando cambio de antibiótico. En los primeros 5 días aparecieron más lesiones dérmicas. Posteriormente presento un empeoramiento del cuadro respiratorio con derrame pleural aislado. Se realizaron pruebas

complementarias para descartar otras patologías infecciosas. Diagnósticos definitivos: infección aguda por VVZ con meningitis linfocitaria reactiva. Derrame pleural parainfeccioso resuelto. Dermatitis neutrofílica (síndrome de Sweet). La varicela es una enfermedad viral infecto contagiosa producida por el virus varicela-zóster (VVZ). Es característica de la infancia, puede cursar con complicaciones graves. En nuestro caso se comprobó infección por VVZ (ADN aislado en lesiones cutáneas). En cuanto al derrame en LID sin compromiso respiratorio, no se identificó germen y desde el punto de vista dermatológico se había planteado la posibilidad de que se tratase de un síndrome de Sweet, el cual se confirmó por biopsia. Dermatitis neutrofílica febril aguda o síndrome de Sweet es un cuadro benigno, raro y recurrente. Se resuelve aun sin tratamiento. Se asocia a enfermedades Inflammatorias intestinales, etc. La clínica es similar al cuadro descrito y el diagnóstico se basa en unos criterios mayores y menores. Cabe resaltar la importancia de ver la medicina como un trabajo en equipo y hacer diagnósticos oportunos, para evitar complicaciones de enfermedades banales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ciaravino G, Sagrado MJ, Martínez de Aragón MV, Torres de Mier MV, Masa Calles J. Centro Nacional de Epidemiología. Informe sobre la situación de la Varicela y el Herpes Zóster en España 1998-2012.[intenet] Madrid 2014. [citado Julio 2015]. Disponible: [www.isciii.es/ISCIII/es/.../InformeVaricela\\_HZ\\_1998-2012](http://www.isciii.es/ISCIII/es/.../InformeVaricela_HZ_1998-2012).