



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/132 - FIEBRE Y POLIARTRALGIAS COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO

N. Santos<sup>a</sup>, M.P. Carlos González<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>d</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>e</sup>, V. Acosta Ramón<sup>f</sup>, A.M. González Pedraja<sup>g</sup>, C.A. Reyes Mateo<sup>h</sup>, R. Hernando Fernández<sup>i</sup> y N. Ovalle González<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. <sup>g</sup>FEA Urgencias; <sup>j</sup>Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>h</sup>Médico. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>i</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 33 años que acude a atención primaria, refiere cuadro de 18 días de odinofagia, temperatura máxima de 38 °C de predominio vespertino. Recibió tratamiento con Augmentine durante 7 días y levofloxacino 6 días mejorando el cuadro de odinofagia. Además desde hace 7 días sobreañade dolor muscular en MMSS y MMII junto con artralgia en manos, rigidez matutina, heridas bucales y ojos rojos. Refiere relaciones sexuales sin métodos de barrera. Se remite a Urgencias para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, hemodinámicamente estable. Auscultación cardiaca y pulmonar anodina. Abdomen anodino. Periférico: Dolor a la palpación interlinea articular en ambos hombros, dolor y tumefacción a la palpación de ambos codos y carpos, dolor y ligera tumefacción en todas las MCFs de ambas manos y ligera tumefacción en ambas rodillas. Dolor a la palpación de inserción aquilea bilateral. ORL: destaca hiperemia faríngea con lesiones ulcerosas blanquecinas con halo hiperémico. Asimismo destaca hiperemia conjuntival. En la analítica destaca 12.200 leucos con fórmula normal, VSG 45, función renal y pruebas de función hepática normales, PCR 4,7 elemental y sedimento de orina 15-30 hematíes/campo. Durante su estancia en planta se realiza estudio de enfermedades infecciosas siendo negativa la serología de virus hepatotropos y de ETS. Hemocultivos, ASLO, *Mycoplasma*, *Legionella* y neumococo en orina negativos. Cultivo de líquido articular negativo, siendo positivo únicamente el estudio de brucela con rosa de Bengala positivo, se realizó Coombs y aglutinación siendo negativos. Se realiza Rx tórax, rodillas y sacroilíacas anodinas. En artrocentesis de rodilla: líquido de aspecto inflamatorio. Al MOLP no se aprecian cristales.

**Juicio clínico:** Artritis reactiva.

**Diagnóstico diferencial:** Artritis infecciosa. Artritis reactiva. Espondiloartropatías. Artritis por microcristales. Enfermedad reumatológica/sistémica.

**Comentario final:** El dolor poliarticular en adulto es motivo de consulta frecuente. Las causas son enfermedades autolimitadas y otras potencialmente discapacitantes. La historia y examen físico proporcionan información muy útil en el diagnóstico ya que este síntoma puede ser la manifestación inicial de una enfermedad sistémica. A pesar de que la información obtenida en la historia rara vez es suficiente para dar lugar a un diagnóstico específico permite descartar posibles emergencias musculoesqueléticas que en general tienen una presentación aguda y son más comúnmente asociados con monoarticular o dolor oligoarticular. Por ello decidimos remitir a urgencias para ampliar estudio, desde donde se ingresa en Reumatología, con sospecha de artritis reactiva, se inicia tratamiento con doxiciclina y ceftriaxona junto con prednisona 10 mg con mejoría clínica y analítica. Realizamos seguimiento posterior en consulta de Atención Primaria hasta apreciar remisión de la sintomatología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pinals RS. Polyarthrititis and fever. *N Engl J Med.* 1994;330:769.
2. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. *Arthritis Rheum.* 1996;39:1.
3. El-Gabalawy HS, Duray P, Goldbach-Mansky R. Evaluating patients with arthritis of recent onset: studies in pathogenesis and prognosis. *JAMA.* 2000;284:2368.