

**Caso 138****Fiebre prolongada con amigdalitis y adenopatías**

JESSICA MANSILLA COLLADO, MARINA VALIENTE BAYARRI, RAED ABU RAIYA, MÓNICA MARTINEZ LAGO, LOURDES OLIVER ALBELDA, ELENA CAMARASA BAIXAULI  
Hospital LLuis Alcanyis de Xàtiva  
(Departamento 14 de Valencia)

**CASO CLÍNICO**

Paciente de 21 años que acudió a urgencias por presentar fiebre y odinofagia de 21 días de evolución. La fiebre era de predominio vespertino sin ritmo periódico, precedida de intensos escalofríos y mialgias, alcanzando un máximo de 39 °C.

La paciente había acudido unos días antes a su centro de atención primaria donde la trataron con amoxicilina-clavulánico durante 8 días sin apreciar mejoría.

No existían antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Únicamente destacar como factor epidemiológico un viaje a Punta Cana (República Dominicana) tres meses antes, dónde sufrió la picadura de un insecto (lo más probable de mosquito) que ocasionó un exantema petequial localizado que desapareció sin tratamiento a los pocos días.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

A la exploración física presentaba buen estado general, con hidratación y nutrición adecuada y con las constantes vitales conservadas.

A nivel faríngeo se detectó faringoamigdalitis unilateral con abundante exudado blanquecino y la presencia de una adenopatía cervical izquierda, no se palpaban adenopatías en otras localizaciones.

La auscultación cardíaca y respiratoria y la palpación abdominal se encontraban dentro de la normalidad, sin palparse visceromegalias.

No existía rash ni otras lesiones cutáneas de interés.

A continuación se solicitaron pruebas complementarias de urgencia.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

En la analítica destacaba una discreta leucocitosis de 14.500 leucocitos con un 60% de neutrófilos y un 25% de linfocitos y una PCR elevada (193 mg/L). El resto de la analítica (hemograma, bioquímica, estudio básico de la coagulación y sedimento de orina) así como la radiografía de tórax fue normal.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

En base a la clínica, se estableció un diagnóstico diferencial con aquellas enfermedades que cursan con fiebre, afectación amigdalar y adenopatías cervicales:

- Faringoamigdalitis estreptocócica: que se descartaba por el prolongado curso clínico y la falta de respuesta a tratamiento antibiótico.
- Faringoamigdalitis por adenovirus: es un proceso autolimitado por lo que se descartaba.
- Malaria: por el antecedente epidemiológico del viaje y la picadura del mosquito podría considerarse la posibilidad del paludismo. Aunque no suele existir afectación amigdalar si se encuentran adenopatías.
- Lues secundaria: cursa con fiebre, rash y adenopatías generalizadas.
- Rubeola: más propia de la infancia.
- Síndrome mononucleósico: se planteaba como la opción más probable ya que se define como un cuadro que cursa con clínica febril con faringitis y linfadenopatía, con linfocitosis en sangre periférica.

Centrándonos más en la posibilidad de que se tratase de un síndrome mononucleósico, planteamos las siguientes etiologías posibles:

- Virus de Epstein-Bar: su diagnóstico de confirmación se realiza a través de serología de su Ig M específica.
- Citomegalovirus: también se diagnostica a través de la Ig M específica.
- Virus del herpes humano 6 y 7: clínica es menos expresiva que en nuestro caso y también se identifica con Ig M específica.
- Toxoplasma: sólo representa el 1% de estos síndromes, la fiebre no es frecuente, y cursa con una linfadenopatía asintomática. El diagnóstico es serológico a través de Ig M específica.
- Primoinfección por VIH: en ocasiones simula un proceso mononucleósico, se diagnostica a través de la serología determinando el antígeno p24.

## EVOLUCIÓN

Dado el planteamiento del diagnóstico diferencial decidimos completar la extracción de muestras para el estudio de nuestra paciente con hemocultivos, una muestra de exudado faríngeo y serología vírica para VEB, CMV, VHH, toxoplasma, LUES, rubeola y VIH.

Durante su estancia en urgencias se consiguió el control de la odinofagia y la hipertermia con anti-piréticos y analgésicos pero se consideró conveniente su ingreso en el servicio de Medicina Interna hasta llegar a un diagnóstico final. Se solicitó además ECO de ganglios cervicales para realizar durante su ingreso.

Durante su ingreso en planta la clínica persistía y se mantuvo el tratamiento pautado desde urgencias. Se obtuvieron los resultados de las muestras y la serología que fue extraída en Urgencias:

Los hemocultivos y el cultivo del exudado faríngeo, serología del VEB, el CMV, toxoplasma, Lues, VHH, rubeola y VIH fueron negativos.

Además se realizaron nuevas pruebas complementarias: el mantoux y la muestra de gota gruesa que también resultaron negativas.

Durante la ECO se realizó un punción-aspiración del ganglio que mostraba un exudado PMN inespecífico con BAAR negativos.

Ante este resultado se realizó un TAC toraco-abdomino-pélvico que mostró la presencia de linfadenopatías necrotizantes cervicales de predominio izquierdo.

Junto al hallazgo del TAC de adenopatías necrosantes en una mujer joven con la clínica referida nos planteamos que el siguiente paso era una biopsia amigdalар que nos confirmó la presencia de granulomas caseificantes.

Se inició tratamiento empírico con tuberculostáticos con lo que la paciente quedó apirética al 4º día de la triple terapia con isoniacida, rifampicina y prazinamida (cuya pauta debe prolongarse hasta 2 meses y completar 7 meses más con isoniacida y rifampicina).

## DIAGNÓSTICO FINAL

La anatomía patológica nos confirmó el diagnóstico definitivo de:

*Tuberculosis amigdalар primaria*

## DISCUSIÓN

El 95% de las tuberculosis primarias desarrollan el complejo primario de Ghon tras la inoculación directa en el pulmón y tan sólo el 5% son formas extrapulmonares cuyas localizaciones típicas pueden ser cutáneas, conjuntivales, mucosa oral y amigdalар.

La mayoría de casos de primoinfección por tuberculosis cursan de forma asintomática curando espontáneamente siendo la positización del Man-

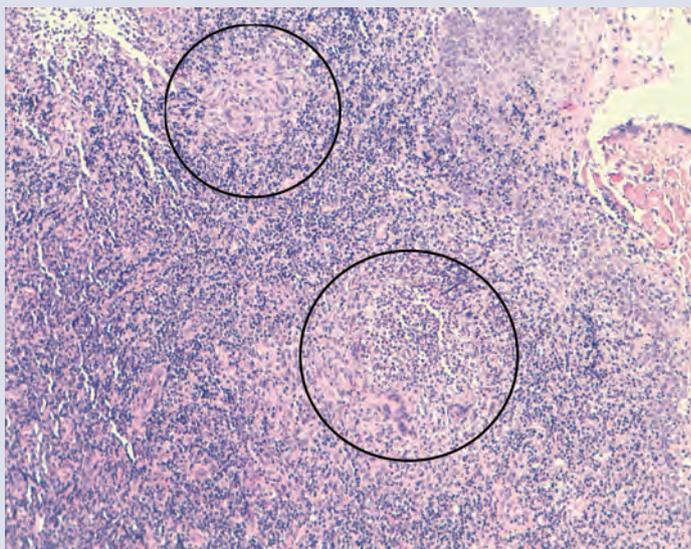


Figura 1: Granulomas caseificantes

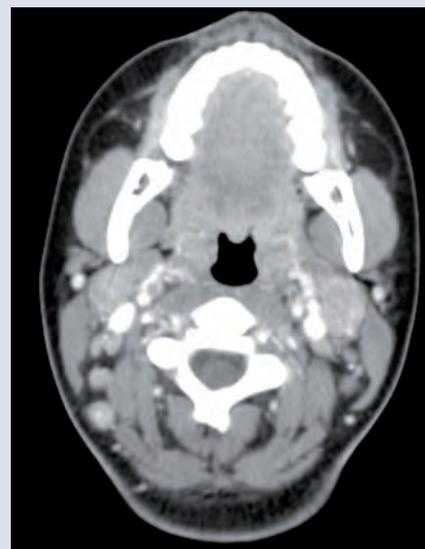


Figura 2: Linfadenopatía cervical izquierda necrosante

toux la única prueba de este proceso. El bacilo suele quedar latente durante años pudiendo reactivarse ante cualquier deterioro de la inmunidad celular (alcoholismo, desnutrición, VIH...)

Sólo entre el 1-5% de los casos de primoinfección cursan con un proceso febril y ello suele depender también del estado inmunológico del paciente y de la magnitud del inóculo.

Por todo esto pensamos que la tuberculosis amigdalar primaria debería incluirse en el diagnóstico diferencial de los síndromes mononucleósicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Haynes Bf. Adenomegalias y esplenomegalias. En principios de Medicina interna. Harrison 16ª edición.
2. Guía Fisterra. Infecciones por VEB. [www.Fisterra.com](http://www.Fisterra.com)
3. Karnath BM. Approach to the patient whit acute lymphadenopatý. Hosp Phys, 2005:29-23.

## COMENTARIO EDITORIAL

Se trata de una faringoamigdalitis con un cuadro mononucleósido, de etiología poco habitual.

El abordaje inicial, el planteamiento de las posibilidades diagnósticas y las pautas de actuación son las adecuadas, dentro de la limitación de pruebas microbiológicas en los Servicios de Urgencias.

La negatividad de los resultados bacteriológicos y la evolución de la paciente obligaron a la toma de muestra histológica del lugar de la lesión que aportó el diagnóstico.

La tuberculosis en sus diversas formas no es una infección prevalente en las Servicios de Urgencias aunque son las formas pulmonares más accesibles al diagnóstico. La existencia de formas extrapulmonares, menos frecuentes, nos obliga a considerarla en algunas ocasiones en el diagnóstico diferencial.

**Mikel Martínez.**  
**Hospital de Basurto. Bilbao**