



SESIÓN CLÍNICA

4 Diciembre 2019

Clara Egea Hita R2 Medicina interna

Dra. Raquel Rodríguez Médico adjunto medicina interna

MUJER DE 22 AÑOS

MOTIVO DE INGRESO

Fiebre

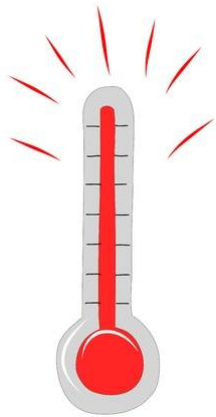
ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC. Alergia a picadura de abejas.
- Natural de Venezuela. Reside en España desde noviembre 2018.
- Refiere mantener relaciones sexuales solo con su pareja (homosexual).
- No hábitos tóxicos ni FRCV.
- Ingreso previo (en Venezuela) por migraña y neuritis intercostal hace 3 años.
- IQ: tabique nasal, adenoidectomía.

- TRATAMIENTO HABITUAL: no realiza.

ENFERMEDAD ACTUAL

3 días de evolución...



Tª 39.6°C

- No cede a pesar de tratamiento con Ibuprofeno
- Se acompaña de:
 - Odinofagia intensa
 - Cefalea
 - Mialgias



EXPLORACIÓN FÍSICA



TA 109/82 mmHg **FC** 114 lpm **Tª** 38,6°C

Consciente. Orientada. Colaboradora. **Afectación el estado general.**
Normocoloreada. Eupneica en reposo.

No lesiones cutáneas. Probables **adenopatías axilares.**

CyC: **faringe hiperémica con exudados bilaterales.** No IY.

ACP: rítmico, sin soplos audibles. MVC.

Abd: blando y depresible, no doloroso, puñopercusión renal bilateral negativa.
Dudosa esplenomegalia.

EEII: sin edemas ni signos de flebitis

NRL: signos meníngeos negativos. No rigidez de nuca.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (I)

BIOQUÍMICA:

- Glucosa, urea, ácido úrico, creatinina, iones, pruebas de función hepática y perfil lipídico dentro de la normalidad.
- **PCR 200**

HEMOGRAMA: **Leucocitos 18.000 (79% N, 3% C)** Hb 11.7 VCM 74.2
Plaquetas 309.000

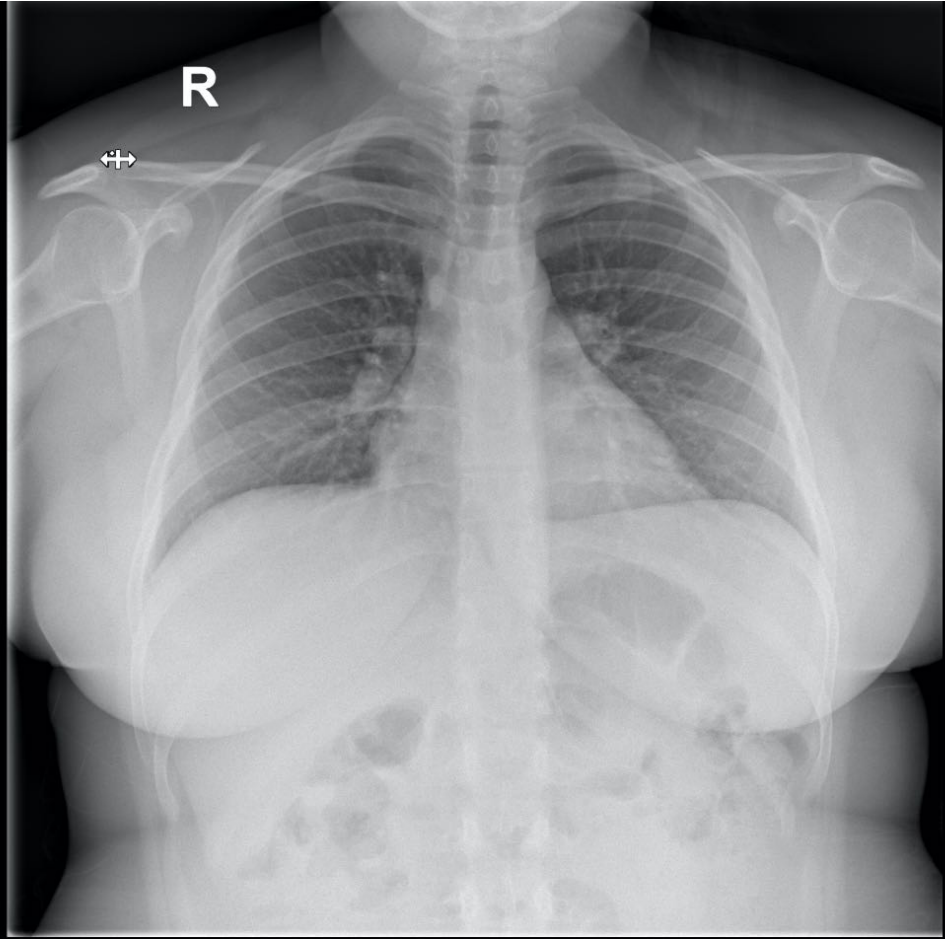
COAGULACIÓN: TP 70 % INR 1.29

SEDIMENTO DE ORINA: 20-40 leucocitos/campo. Abundantes células epiteliales de vías bajas.

E.C.G: taquicardia sinusal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (II)



EN RESUMEN...

MC

- Mujer de 22 años
- Sin AM relevantes

EA

- Fiebre
- Odinofagia intensa
- Afectación del estado general

EF

- Faringe hiperémica con exudados bilaterales
- Adenopatías axilares, ¿esplenomegalia?

PPCC

- Elevación de reactantes de fase aguda
 - (PCR, leucocitosis con desviación izquierda)

CAUSAS DE ODINOFAGIA

• Infecciosas

- Víricas
- Bacterianas
- Por hongos

- Traumáticas: cuerpos extraños, ERGE, quemaduras, traumatismos, hernia de hiato, tabaco, cáusticos, posradioterapia, postquimioterapia.
- Neoplasias
- Afecciones dentales. Patología nasal crónica (rinitis alérgica, sinusitis).
- Fármacos: IECAs
- Enfermedades sistémicas: vasculitis (enfermedad de Wegener, Kawasaki), sarcoidosis, autoinmunes (síndrome de Sjögren, Behçet).
- Otras: avitaminosis A y B, artrosis cervical, etc.

ETIOLOGÍA INFECCIOSA

- ✓ Virus respiratorios
- ✓ Mononucleosis infecciosa
- ✓ Primoinfección VIH y otras ITS
- ✓ Faringoamigdalitis bacteriana
- ✓ Complicaciones de las infecciones agudas de la faringe y epiglotitis
- ✓ Anginas especiales
- ✓ Infecciones micóticas

TABLE
54-1

Microbial Causes of Acute Pharyngitis

<i>Pathogen</i>	<i>Associated Disorder(s)</i>
Bacterial	
Streptococcus, group A	Pharyngitis, tonsillitis, scarlet fever
Streptococcus, groups C, G	Pharyngitis, tonsillitis
Mixed anaerobes	Vincent's angina
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	Pharyngitis, tonsillitis, Lemierre's syndrome
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Pharyngitis, tonsillitis
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Diphtheria
<i>Arcanobacterium haemolyticus</i>	Pharyngitis, scarlatiniform rash
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Pharyngitis, enterocolitis
<i>Yersinia pestis</i>	Plague
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia, oropharyngeal form
<i>Treponema pallidum</i>	Secondary syphilis
Viral	
Rhinovirus	Common cold
Coronavirus	Common cold
Adenovirus	Pharyngoconjunctival fever
Herpes simplex type 1 & 2	Pharyngitis, gingivostomatitis
Parainfluenza	Cold, croup
Coxsackie A	Herpangina, hand-foot-mouth disease
Epstein-Barr virus	Infectious mononucleosis
Cytomegalovirus	Cytomegalovirus mononucleosis
HIV	Primary HIV infection
Influenza A, B	Influenza
Mycoplasmal	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Pneumonia, bronchitis, pharyngitis
Chlamydophilial	
<i>Chlamydophila psittaci</i>	Acute respiratory disease, pneumonia
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	Pneumonia, pharyngitis

HIV, human immunodeficiency virus.

Adapted from Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. *Infect Dis Clin North Am.* 2007;21:449-469, vii, with permission.

Virus respiratorios:

- Causa **más frecuente** de faringitis
- *Adenovirus, rinovirus, coronavirus.*
 - Otros (*enterovirus, influenza A y B, virus de parainfluenza y virus respiratorio sincitial*)
- Síntomas de infección del **tracto respiratorio superior**
- Puede existir linfadenopatía cervical
- **Fiebre de bajo grado** (excepto en infección por *Influenza*)

Mononucleosis infecciosa y síndromes mononucleósidos

Virus de Epstein-Barr

- **Faringitis** hasta en 85% pacientes
- **Fiebre moderada-alta**, astenia importante y **linfadenopatía cervical posterior simétrica** y dolorosa.
- Faringe: eritema y edema, exudados purulentos y petequias palatales.
- Esplenomegalia
- **Linfomonocitosis, linfocitosis atípica**

Citomegalovirus

< faringitis, < linfocitosis atípica, >afectación hepática

Adultos jóvenes sexualmente activos

Virus herpes humano tipo 6

Toxoplasma gondii

VIH e Infecciones de transmisión sexual

Primoinfección por VIH:

- Sintomática 30-50%. Faringitis en el 40% de los casos.
- **Síndrome retroviral agudo**
 - Fiebre, cefalea, faringitis, astenia, artromialgias, linfadenopatías
- Exudados faríngeos suelen estar ausentes
- **Exantema** mococutáneo o **úlceras** mococutáneas dolorosas

Suspicion for acute HIV infection should be raised in any patient with risk factors for STIs or bloodborne exposures

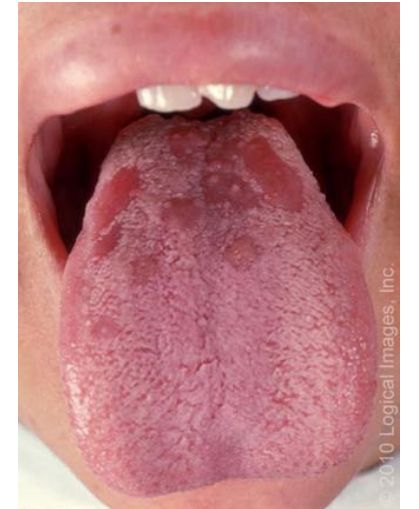
Infecciones de transmisión sexual:

Faringitis gonocócica (*Neisseria gonorrhoeae*)

- La mayoría de los casos de localización faríngea son asintomáticos.
- Síntomas inespecíficos: odinofagia, exudados faríngeos y linfadenopatía cervical.
- **Sospecha si factores de riesgo de ITS**

Sífilis secundaria (*Treponema pallidum*)

- Causa rara de faringitis.
- Lesiones parcheadas redondas u ovaladas en la **mucosa oral** y la lengua.
- Otros hallazgos: linfadenopatía generalizada y **erupción cutánea palmo plantar**.



Etiología bacteriana (I)

Estreptococo del grupo A (*pyogenes*)

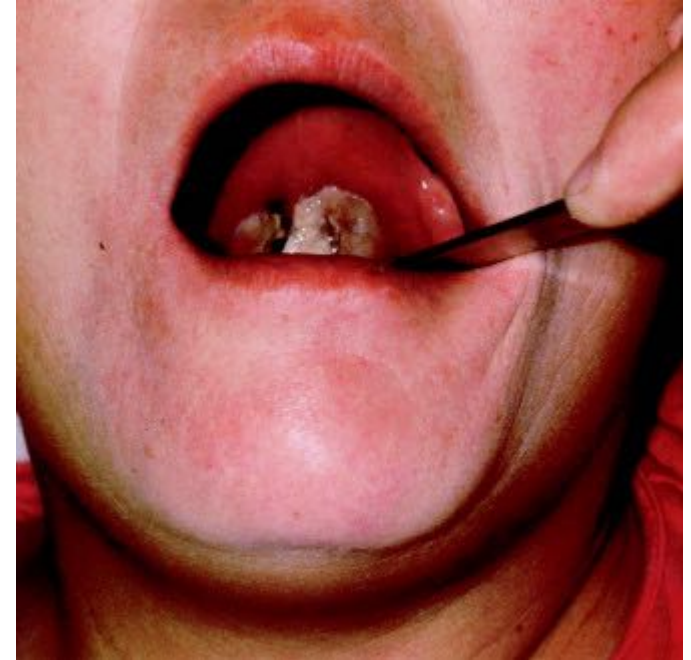
- Causa bacteriana **más frecuente**
- Inicio agudo de odinofagia, fiebre, edema faríngeo
- **Exudados amigdalinos purulentos** (50% de los casos)
- Petequias en paladar blando, erupción escarlatiniforme, lengua aframbuesada.
- **Linfadenopatía cervical anterior** prominente



Etiología bacteriana (II)

Otras bacterias:

- Estreptococos del grupo C y G
- *Arcanobacterium haemolyticum*
- *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae*
- *Corynebacterium diphtheriae*
- *Francisella tularensis*



Infecciones de espacios profundos del cuello y epiglotitis

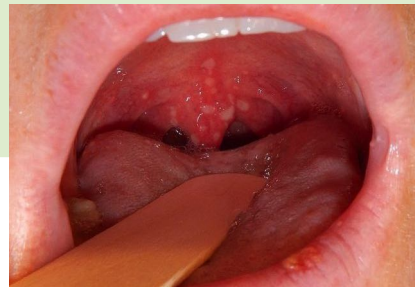
Syndrome	Clinical features
Peritonsillar abscess (Quinsy)	Severe sore throat (<u>usually unilateral</u>), fever, ear pain, muffled voice, drooling, neck pain, and neck swelling. Trismus is common. Exam may show severely swollen or fluctuant tonsil with <u>deviation of the uvula</u> or bulging of the soft palate near the tonsil.
Submandibular abscess (Ludwig's angina)	Fever, rigors, mouth pain, <u>drooling, dysphagia, and stiff neck</u> . Floor of oropharynx may be <u>elevated</u> . Symmetric induration with palpable crepitus may be present in the submandibular area. Trismus is usually absent.
Retropharyngeal abscess	Severe sore throat and difficulty swallowing, often with antecedent history of <u>penetrating trauma</u> .
Parapharyngeal space infection	Fever, rigors, <u>swelling below the angle of the mandible</u> , medial bulging of the pharyngeal wall, and <u>trismus</u> . <u>Dyspnea</u> can result from swelling of epiglottis and larynx. Carotid sheath may be involved.
Suppurative jugular thrombophlebitis (Lemierre syndrome)	<u>Persistent fever and sore throat</u> , often despite antibiotics. <u>Pulmonary emboli</u> .
Epiglottitis	Sore throat (severity often out of proportion to exam), fever, <u>muffled voice</u> , <u>drooling</u> , <u>stridor</u> or respiratory distress, and <u>hoarseness</u> .

Anginas especiales

Angina ulceromembranosa o de Plaut-Vincent
(anaerobios y espiroquetas)



Gingivoestomatitis herpética
(VHS-1)



Herpangina
(Coxsackie A)

Odinofagia **unilateral** leve, buen estado general
Úlcera en polo superior de la amígdala, encías con pseudomembranas

Boca séptica

Niños y jóvenes

Odinofagia y fiebre elevada

Vesículas en toda la cavidad oral y amígdalas

Niños

Odinofagia y fiebre

Vesículas en paladar blando y pilares amigdalinos

Faringitis micótica: candidiasis oral

Candida spp el más frecuente.

Inmunocomprometidos

Antibioterapia prolongada,
corticoides inhalados, radioterapia,
etc.

Disfagia



DIAGNÓSTICO

Afectación del estado general
Adenopatías axilares
Esplenomegalia ¿?

Leucocitosis (neutrofilia)

Mujer joven sexualmente activa

Leucocitosis (neutrofilia)

Afectación del estado general
Adenopatías axilares
Esplenomegalia ¿?
Ausencia de adenopatías cervicales



Mononucleosis
infecciosa



Primoinfección por
VIH



Faringitis estreptocócica

¿Sobreinfección?

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Historia clínica: prácticas sexuales de riesgo, nº de parejas, antecedentes de ITS, uso de drogas IV, etc.
 - Valorar estudio de otras ITS
- Anticuerpos heterófilos (test de Paul-Bunnell).
- Test rápido de detección de antígeno estreptocócico.
- Detección de anticuerpo y antígeno para VIH y carga viral.
- Extracción de hemocultivos.
- Serologías: *lúes, CMV, T. Gondii.*
- Bioquímica: perfil férrico.



TRATAMIENTO

- Tratamiento **sintomático**:
 - Hidratación y nutrición adecuada.
 - Paracetamol o AINEs.
- Si existe infección faríngea simultánea por *S. pyogenes*:
 - **Evitar ampicilina o amoxicilina.**
- Los glucocorticoides deben reservarse para el tratamiento de posibles complicaciones:
 - Obstrucción grave de la vía aérea, trombocitopenia intensa o anemia hemolítica autoinmune.
- Si existe esplenomegalia:
 - Evitar deportes o actividades físicas que puedan provocar rotura esplénica.

BIBLIOGRAFÍA

- Farreras Rozman, medicina interna. Volumen II. Sección XVII: enfermedades infecciosas. 18ª edición. 2016.
- Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. 2014.
- Diagnóstico y tratamiento médico (DTM). Capítulo S67: disfagia. Marbán. 2011.
- A.W. Chow, MD. Evaluation of acute pharyngitis in adults. Uptodate.
- M. D. Aronson, P.G. Auwaerter. Infectious mononucleosis. Uptodate.
- P.E. Sax. Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis. Uptodate.

¡GRACIAS!

