



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/81 - DOCTOR ¿POR QUÉ TENGO FIEBRE?

M. González Piñuela¹, P. López Tens², D. Fernández Torre³, A. Blanco García⁴, M. Abuhassira⁵, M. Guerra Hernández⁴.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. ⁴Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 59 años Fumador de 15 cigarrillos al día. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No cirugía previa. Acude a consulta de atención primaria por fiebre de hasta 39°C de predominio nocturno de una semana de evolución, no refiere otra sintomatología asociada. Se solicita analítica constatándose anemia con ferropenia, y si inicia tratamiento con hierro oral. Posteriormente acude de nuevo por persistencia de fiebre de hasta 39,5°C diurna y nocturna, asociando astenia por lo que se deriva a urgencias para valorar fiebre sin foco.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 38,9 Cº, TA 114/63 mmHg, FC 75 lpm, SatO₂ 98 %. Consciente y orientado. BEG. Eupneico en reposo. AC rítmica, sin soplos. AP crepitantes en base izquierda, con buena ventilación en bases. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, RHA presentes. EEII pulsos pedios presentes. TR: heces en ampolla rectal. SOH positivo. Analítica: hemograma con leucocitos 9.100/μl (7.200/μl N, 900/μl L), Hb 9,6 g/dl, plaquetas 325.000/mm³, INR 1,22. Bioquímica: glucosa, función renal, hepática, CK, iones normales. PCR 9,30 mg/dl, Nt-Pro BNP 464 ng/l, troponina normal, procalcitonina 1,01 ng/ml. Gas: pH 7,46 / PO₂ 65mmHg / PCO₂ 35 mmHg / HCO₃ 24,9 mEq/l / SatO₂ 94,4%. Extraídos hemocultivos (urocultivo). Test rápido de la gripe: gripe b negativo. Pruebas Radiológicas: Rx tórax sin cardiomegalia, ni infiltrados parenquimatosos pulmonares, ni pinzamiento de senos costofrénicos. TAC abdominal con contraste: posibilidad de una neoformación colónica (región del ángulo hepático), presumiblemente perforada, con afectación hepática secundaria (aspecto basal del LHD / subsegmentos inferiores V y VI), condicionando formación de absceso.

Juicio clínico: Adenocarcinoma tubular infiltrante, moderadamente diferenciado de 7 cm. Estadio IIC de la AJCC. Absceso hepático

Diagnóstico diferencial: Colecistitis, colangitis, neoplasia hígado.

Comentario final: El paciente fue intervenido realizándose hemicolectomía derecha, segmentectomía hepática segmento 5, colecistectomía, y tratamiento antibiótico de amplio espectro, con buena evolución. La mayor incidencia de abscesos hepáticos piógenos en pacientes con enfermedad neoplásica que han sido reconocidos desde hace años son pocos, sin embargo, existen

casos recogidos en la literatura en los que un adenocarcinoma silente de colon debute clínicamente en forma de absceso hepático, en ausencia de metástasis o síntomas previos. Se ha propuesto como mecanismo patogénico la aparición de bacteriemia portal a partir de una disrupción mínima de la mucosa colónica. En el caso de este paciente, lo que en un principio impresionaba de proceso banal, acabó tras estudio en neoplasia maligna

Bibliografía

-Álvarez Pérez JA, González González JJ, Baldonado Cernuda RF, Sanz Álvarez L, Carreño Villareal G, Jorge Barreiro JI. Abscesos hepáticos piógenos en pacientes con cáncer. Rev Clin Esp 2001; 201(11): 632-7.

-Lim WC, Lim CC. Silent colorectal carcinoma and pyogenic liver abscess. J Gastroenterol Hepatol 2004;19(8): 945-6.

-Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H, Nishio A. Endophthalmitis with brain, lung, and liver abscesses associated with an occult colon cancer. Am J Gastroenterol 2000; 95(12): 3664-5.