



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1650 - PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL

S.I. Gago Braulio<sup>a</sup>, M. Marcos Fernández<sup>b</sup>, J.M. González Sánchez<sup>c</sup>, R. Roncero Vidal<sup>c</sup>, P.R. Gómez Martínez<sup>b</sup>, L. Torres Serrano<sup>b</sup>, H. Hernández Vázquez<sup>b</sup>, F. López Rodríguez<sup>b</sup>, J. Novas Moreno<sup>a</sup> y G. Alcántara López-Seld<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

<sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años que presenta síndrome febril de 15 días de evolución. Sin factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Toma omeprazol 20 mg de forma ocasional. Fiebre vespertina que cede con antitérmicos. Temperatura máxima de 38 °C. Como única sintomatología una cefalea holocraneal asociada a náuseas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ligera palidez cutánea. ORL: normal. ACP: rítmico, sin soplos. Hipoventilación en base izquierda. ABD: normal. MMII: normal. Hemograma: Hb 11,6; Hto 34,7; VCM 92,5; HCM 30,8; leucocitos 11.700 (N 7.100 L 3.000 M 1.100); plaquetas 124.000. Coagulación: TP 43,5%, INR 13.566, TTPA 25,5 sg. Fibrinógeno 415. Bioquímica: glucemia 121. Función renal normal. LDH 732. CPK 28. GOT 8. Orina normal. Rx tórax: derrame pleural izquierdo. Rx abdomen: normal. VHS, VEB, CMV, *Parvovirus* y *Brucella* negativas. Ecografía abdominal: bazo en el límite superior de la normalidad de 13 cm con una lesión esplénica de 15 mm anecoica sugestiva de quiste. TAC tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural izquierdo cuantioso. Rotura de bazo subcapsular con hematoma en la cara subdiafragmática que se extiende a la cara externa y posterior. Discreta cantidad de líquido (sangre posiblemente) libre intraperitoneal: subhepático, en gotiera para cólica izquierda, entre asas y Douglas.

**Juicio clínico:** Rotura esplénica espontánea.

**Diagnóstico diferencial:** Policitemia vera, anemias hemolíticas, mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, paludismo, leucemias, linfomas, sarcoidosis, pancreatitis aguda, postendoscopia digestiva, alteraciones esplénicas.

**Comentario final:** La rotura esplénica atraumática es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal. El problema para su diagnóstico se debe a la falta de sospecha clínica por la rareza del cuadro. Hay dos clases de presentación clínica, subaguda y aguda. Una rotura de bazo no tiene que cursar siempre con dolor abdominal o con antecedente de traumatismo. La rotura puede producirse tanto en bazo patológico como en bazo normal. Si bien la ruptura atraumática del bazo es poco frecuente, tiene múltiples causas y es de difícil diagnóstico, debe tenerse siempre en cuenta.

## Bibliografía

1. Amonkar S, Kumar E. Spontaneous rupture of the spleen: three case reports and causative processes for the radiologist to consider.
2. Görg C, et al. Spontaneous rupture of the spleen: ultrasound patterns, diagnosis and follow-up. Br J Radiol.

**Palabras clave:** *Fiebre.*