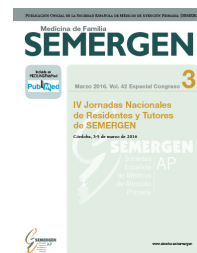




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-263 - SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO. UN RETO DIAGNÓSTICO

C. Pérez Ortiz, F.J. Martínez Egea, I. Jara Calabuig, F.J. Sanz García, E.M. Gil Rabanaque y J. Alcaraz i Boronat

CS La Fábrica.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés (hacia dos años que no acudía a su médico de atención primaria), acude a la consulta de urgencias del centro de salud por fiebre de 39 °C de tres días de evolución, con malestar general asociado, mucosidad espesa y molestias al orinar desde hacía dos días. Asocia además deposiciones blandas y con mucosidad. Sólo estaba tomando paracetamol, sin haber notado ninguna mejoría clínica. A la exploración física destaca un abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias; ligeramente doloroso a la palpación en ambas fosas ilíacas, sin signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa. Se le realiza una tira rápida de orina, en la cual se objetiva: leucocitos +1. Hemoglobina +3. Teniendo en cuenta que se trata de un síndrome febril agudo sin foco claro, que aparece en el contexto de un ambiente catarral, y ante la posibilidad de infección urinaria complicada (pielonefritis aguda) se decide remitir al SUH para mejor valoración. En urgencias se le realiza una analítica de sangre, en la cual destaca una elevación de reactantes de fase aguda (PCR 7,4), sin otros hallazgos de interés. Y en el sedimento de orina se objetivan: leucocitos 15/campo. Eritrocitos 125/campo. Nitritos negativo. El paciente es diagnosticado de infección urinaria. Se le recoge un urocultivo y se pauta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino. A los 5 días acude a su médico de cabecera para control evolutivo. La fiebre ya ha remitido, y los resultados del urocultivo son negativos. El paciente, no obstante, refiere molestias locales a la palpación en fosa iliaca derecha. A la exploración se palpa cierto empastamiento con dolor a nivel periumbilical derecho inferior. Es entonces remitido al SUH de nuevo, para reevaluar el caso con pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía abdominal: apéndice de 6,4 mm de diámetro máximo en su tercio medio, con apendicolito distal y edema de pared, aunque sin cambios inflamatorios periapendiculares. Analítica de sangre: PCR 1,2. Leucocitos 8,4. Puesto que en ese momento no se evidencian signos clínicos ni radiológicos de apendicitis aguda, se decide alta hospitalaria con observación domiciliaria. Se realizan las pruebas preoperatorias para apendicectomía diferida por laparoscopia.

Juicio clínico: Apendicitis decapitada o enmascarada.

Diagnósticos diferenciales: Adenitis mesentérica, enfermedad de Crohn, diverticulitis, cáncer de colon, GEA, la enfermedad pélvica inflamatoria, la infección de las vías urinarias, la urolitiasis, la torsión ovárica, el embarazo ectópico y la apendicitis del muñón, entre otras.

Comentario final: Se trata de una apendicitis aguda de presentación atípica, que se inicia como un

síndrome febril sin foco claro de varios días de evolución. Además, al pautarle al paciente un tratamiento antibiótico, se enmascaran todavía más los signos y síntomas de apendicitis. Este caso refleja la importancia de realizar siempre un control evolutivo del paciente para establecer o confirmar el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalazonitis AN, Tzovara I, Sammouti E, et al. CT in appendicitis. *Diagn Interv Radiol*. 2008;14:19-25.
2. Strouse P. Pediatric appendicitis: an argument for US. *Radiology*. 2010;255:8-13.