



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/70 - FIEBRE

M. Sierras Jiménez^a, E. Barbero Rodríguez^b, S. Morales Rincón^c, T. García Sánchez^d y S. Moreno Carrasco^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. CS La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 27 años sin antecedentes personales de interés acude a consulta el día 18/07/15 por fiebre. En estudio por Unidad de Enfermedades infecciosas por cuadro febril de 45 días de evolución. Según refiere fiebre de 38 °C de predominio vespertino que se acompaña de dolor torácico de tipo pleurítico. Acudió a urgencias el 23/06/15 donde se derivó a enfermedades infecciosas con resultados anodinos de PC. Solicitando serología VIH, *mycoplasma*, *treponema* siendo negativas. Hemocultivos negativos. 26/06/15 pautan levofloxacino con retirada de fiebre durante dos semanas. El 17/07/15 presenta fiebre de 38,8 °C acompañada de dolor torácico de características pleuríticas, sin otra clínica por lo que tras 24 horas de inicio de la sintomatología acude.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Consciente, orientado y colaborador. Palidez mucocutánea. Eupneico. Sin lesiones dérmicas. TAS 143. TAD 89. FC 102. SatO₂ 98%. T^a 38 °C. CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No rigidez de nuca. No adenopatías. ACR: tonos rítmicos soplo sistólico mitral. Buen murmullo vesicular, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg negativo. Ruidos intestinales presentes. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Ex. neurológica: Glasgow 15. PINLA. No dismetrías. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. Eje normal. QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización. RX tórax: ICT normal. Senos libres. Discreto aumento hiliar derecho con respecto a contralateral. Posible adenopatía hilio derecho. No infiltrados. Analítica: hemograma: 8.180 leucocitos (12% PMN), Hb 14,2 g/dl. Hto 43. Plaquetas 286.000. Bioquímica: glucosa 106 mg/dl. Urea 26 mg/dl. Creatinina 0,85 mg/dl. PCR 124,2. Coagulación: parámetros en intervalo normal. Urinálisis: negativo. Gasometría venosa: pH 7,40. pCO₂ 27,2. pO₂ 60,3. HCO₃ 21,7. Hemocultivos: negativos. Serologías: negativas. Ecocardiograma: sin alteración morfológica. Ecocardiograma transtorácico: válvula mitral con vegetación. Cultivo vegetación: *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas: tuberculosis, fiebre tifoidea, brucelosis, supuración vía biliar, hígado o riñón, absceso intraabdominal, leishmaniasis, endocarditis bacteriana. Neoplasias: linfoma, leucemia, cáncer de colon, hipernefoma, hepatocarcinoma, tumores gastrointestinales. Vasculitis: enfermedad de Still del adulto, arteritis de células gigantes. Miscelánea: fiebre por medicamentos, TEP, enfermedad inflamatoria intestinal, fiebre facticia, enfermedad de Whipple,

hipergammaglobulinemia D, fiebre mediterránea familiar.

Comentario final: Ante un paciente joven, con fiebre de origen desconocido, lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial así como elegir de forma eficaz las pruebas complementarias a realizar. La actitud terapéutica así como el adecuado seguimiento del paciente nos llevarán a un nivel óptimo de diagnóstico y tratamiento precoz evitando las complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria, 4ª ed. SemFYC, 2011.
2. Mensa J, Gatell JM. Guía terapéutica antimicrobiana, 2015.