



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 199/161 - FIEBRE EXANTEMÁTICA

C. García García<sup>a</sup>, R. Jiménez López<sup>b</sup>, R. Sánchez Jordán<sup>c</sup> y M. Molina Mendaño<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga.

<sup>c</sup>Médico de Familia. CS Miraflores de Los Ángeles. Málaga. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Victoria. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos ni enfermedades prevalentes, que acude a la consulta de atención primaria por cuadro de 48-72 horas de evolución de fiebre de hasta 40 °C acompañado de diarrea con abundante mucosidad sin rectorragia asociada, así como náuseas, vómitos posprandiales, dolor abdominal difuso y odinofagia sin disfagia. Tras 48 horas de observación domiciliaria e inicio de tratamiento empírico con ciprofloxacino 500 mg/12 h acude de nuevo a consulta, con empeoramiento del estado general y aparición de exantema cutáneo, por lo que se decide derivar a Urgencias Hospitalarias. Antecedentes epidemiológicos: ingeniero agrícola en contacto con animales y aguas (pantanos, ríos y acequias).

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente, orientado, colaborador. SAT02 basal 93-94%. Eupneico en reposo. Febril (38 °C). Tensión arterial: 90/60. Piel: exantema cutáneo troncular tipo macular, que blanquea a la vitropresión, no pruriginoso. No afectación de mucosas ni palmas y plantas. Orofaringe: hiperémica sin placas ni secreciones en amígdalas, enantema en pilares amigdalinos. Sin vesículas. Cuello: adenopatías latero-cervicales, pequeñas, bilaterales, móviles. E. neurológica: sin focalidad, signos meníngeos negativos. ACR: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de hipocondrio derecho, sin palpar hepato ni esplenomegalia. Miembros inferiores sin edemas. Analítica de sangre. Hemograma: destaca plaquetas 83.000, leucocitos 4.600 (neutrófilos 1.450, monocitos 1.030, linfocitos 1.810), sin anemia. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica destaca creatinina 2,3, LDH 1.333, GOT 793, PCR 173, procalcitonina 4, lactato 2,2. Frotis de sangre periférica: Linfocitos estimulados. No blastos. Sistemático orina: negativo. Coprocultivo y urocultivo: negativo. Monosticón negativo. Serología: VEB IgG positivo e IgM negativo. CMV IgG positivo e IgM negativo. Toxoplasma IgG e IgM negativos. VHA, VHB y VHC negativos. VIH negativo. Rickettsias, coxiella, rubeola y sarampión negativos. PCR gripe A, B y VSR negativos. Radiografía de tórax y abdomen: Sin hallazgos significativos.

**Juicio clínico:** Fiebre exantemática de etiología a filiar. Cuadro de sepsis secundario.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome mononucleósico (CMV, VEB, VIH, hepatitis virales). Virus gripe A y B. Fiebre botonosa mediterránea. Brucellosis. Fiebre Q. Enfermedad Lyme. Leptospirosis. Síndrome hemolítico-urémico atípico.

**Comentario final:** Con diagnóstico de fiebre exantemática fue ingresado iniciando tratamiento de forma empírica con doxicilina y ceftriaxona, al no poder descartar sobreinfección bacteriana por la situación clínica del paciente a su llegada a Urgencias. Durante su ingreso mejora clínica y analíticamente de forma progresiva, siendo dado de alta asintomático. Tres semanas después refiere cuadro catarral con fiebre intermitente que inicia días después tras alta hospitalaria y persistencia de astenia severa, por lo que se solicitan nueva batería de pruebas complementarias. En la segunda serología se objetiva VIH positivo, con Ag P24 positivo débil y carga viral VIH positiva. Inicia tratamiento con STRIBILD y seguimiento por Unidad de enfermedades infecciosas. A pesar de no llegar a un diagnóstico etiológico inicialmente, la persistencia de la clínica hizo que su médico de atención primaria considerase continuar el estudio. Cuando un individuo se infecta por VIH hay un “periodo ventana” de 4 a 8 semanas en la que ninguna de las dos técnicas serológicas (ELISA y Western Blot) son eficaces.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Enfermedades infecciosas: Principios y prácticas, 6ª ed. Elsevier, Madrid, 2006.