



264/41 - LLEVO MÁS DE UN MES CON FIEBRE

R. Orta Chíncoa^a, P. Sánchez Hernández^b y M. Mellado Fernández^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años con AP de HTA con buen control y cefalea de tipo migrañoso. Acude a consulta de atención primaria por fiebre de varios días de evolución con artralgias e intolerancia al calor sin otra clínica asociada. Vive en ambiente urbano y no ha viajado al extranjero recientemente. Una semana después vuelve a consultar por persistencia de fiebre de hasta 38,7 °C, edemas vespertinos en MMII y los síntomas comentados en la primera consulta. Se decide derivación a Medicina interna donde le es pautado doxiciclina mientras es vista por endocrino 3 semanas después.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general, COC, NH y NC. Se palpa pequeño nódulo tiroideo derecho. Tonos cardiacos puros y rítmicos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. MMII: Edemas leves sin signos de TVP. En la analítica destaca: Velocidad de sedimentación aumentada, PCR 10,77 mg/dl. TS < 0,0005, T4 4,9., FR, ANA, anti DNA negativos. Serología a Coxiella, VIH y VEB negativos. Urocultivo negativo. Mantoux negativo. Rx tórax: ausencia de infiltrados ni condensaciones. Ecografía abdominal: lesiones hepáticas que dada la ausencia de antecedentes oncológicos, son compatibles con pequeños hemangiomas. Quiste hepático simple. Sin otros hallazgos de significativos. Ecografía cardiaca: sin alteraciones. Ecografía tiroidea: afectación tiroidea difusa a valorar clínica-analíticamente tiroiditis.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de De Quervain.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves-Basedow, adenoma tóxico, tuberculosis, endocarditis bacteriana.

Comentario final: Al ser vista por endocrino se realiza ecografía tiroidea descrita anteriormente y se pauta neotomizol 1 cp cada 12h y AINEs. En una consulta posterior 10 días después refiere mejoría sintomática y se obtiene un nuevo control analítico con una PCR de 0,64 mg/dl, TSH 2,45 y anticuerpos antitiroglobulina 224,7 UI/ml. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y en seguimiento por endocrinología.

Bibliografía

1. Bahowairath FA, Woodhouse N, Hussain S, Busaidi MA. Lesson of the month 1: Subacute

- thyroiditis: a rare cause of fever of unknown origin. *Clin Med (Lond)*. 2017;17(1):86-87.
2. Synoracki S, Ting S, Schmid KW. Inflammatory diseases of the thyroid gland. *Pathologie*. 2016;37(3):215-23.
 3. Sriphrapadang C, Bhasipol A. Differentiating Graves disease from subacute thyroiditis using ratio of serum free triiodothyronine to free thyroxine. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016;10:69-72.