



160/2720 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE LARGA DURACIÓN

F. Martín Grutmancher^a, C. Vega Quirós^b, P. Benito Ysamat^c, J. Ortiz Romero^d y Á. Rodríguez Rubio Rodríguez^e

^aMédico Residente de 4^o año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla. ^bMédico de Familia Sevilla. Zona Aljarafe. ^cMédico Residente de 4^o año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Mairena del Aljarafe. Sevilla. ^dMédico Residente de 2^o año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Tomares. Sevilla. ^eMédico Residente de 3^{er} año Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: fiebre persistente de dos a tres meses de duración. AP: FRCV modificables: HTA, dislipémico, no DM. Ictus isquémico izquierdo 2013 sin secuelas. IQ: hemitiroidectomía julio 2013 por bocio multinodular. Tratamiento: losartan 50 mg (1-0-0), omeprazol 20 mg (1-0-0), AAS 100 mg (1-0-0), amlodipino 10 mg (0-0-1), simvastatina 20 mg (0-0-1). Anamnesis: paciente varón de 52 años, acude a consulta de atención primaria por fiebre de dos meses de evolución sin otra clínica acompañante. Dada persistencia de síntomas y normalidad de pruebas complementarias se deriva para medicina interna.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: estado general conservado. Estable hemodinámicamente. ACP: buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos, corazón rítmico a buena frecuencia. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación. PPCC: analítica: hemograma y bioquímica general con perfil hepático normal. TSH normal. PCR 8,2 mg/l. VSG 2 mm. Proteinograma normal. ANA y ANCA negativos. Ac anti-Jo y anti Scl 70 negativos. Factor reumatoide negativo. CEA 11 ng/mL. Serología Brucella, sífilis, CMV, VIH, VEB negativos. Rx tórax PA y L: normal. Orina: sedimento y urocultivo negativo. Mantoux negativo. Eco abdomen normal. TAC tórax y abdomen con CIV dentro de la normalidad. A los 10 meses: tres lesiones hipodensas, mal definidas. Engrosamiento circunferencial de paredes del ángulo esplénico del colon de 7,4 cm. Contorno lobulado y grasa adyacente trabeculada. Gammagrafía con leucocitos marcados: signos de inflamación leve en tercio medio y distal de colon ascendente. Colonoscopia: neoformación colon mamelonada, ulcerada y friable (desde 45 a 55 cm margen anal) no estenosante. Biopsia: adenocarcinoma infiltrante.

Juicio clínico: Fiebre en contexto de adenocarcinoma de tipo intestinal infiltrante ángulo esplénico de colon, T4b-N2b-M1b, estadio IV de Dukes.

Diagnóstico diferencial: Infecciones: tuberculosis, abscesos, osteomielitis... Enfermedades multisistémicas: lupus, polimiositis, artritis reumatoide, enfermedad mixta del tejido conectivo... Neoplasias: hematológicas, linfáticas, renales, digestivas... Fármacos.

Comentario final: El paciente previamente en centro de salud se hizo serología, analítica y

radiografía de tórax y ante persistencia fiebre y normalidad de pruebas y exploración, se derivó a medicina interna. En dicha especialidad se hicieron múltiples pruebas complementarias, siendo consideradas todas dentro de la normalidad. Se decidió realizar gammagrafía y fue la que orientó el diagnóstico, confirmándose con colonoscopia y biopsia. Posteriormente se realizó TAC toracoabdominal (segundo que se hacía al paciente, siendo el inicial normal) para estadiaje. Actualmente el paciente está pendiente de intervención quirúrgica. Este caso clínico pone de manifiesto la dificultad en el diagnóstico ante un signo tan poco específico, común y banal como es la fiebre y lo que puede llegar a enmascarar detrás. Dificulta el enfoque diagnóstico al no tener sintomatología específica que nos pudiera dar alguna pista, y que la exploración y pruebas complementarias que se fueron realizaron eran completamente normales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anceno-Reyes RI. Acute fevers of unknown origin. Arch Intern Med. 1994;154:2253.
2. Jacoby GA, Swartz MN. Fever of undetermined origin. N Engl J Med. 1973;289:1407.
3. Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? N Engl J Med. 2013;368:197.