



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2043 - Y en eso llegó la incertidumbre...

C. Navarro Cueva^a, C. Monzó Monserrat^b, N. Guillamón Soler^c y A. Soliva Navarro^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafalafena. Castellón.

Castellón. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Sorolla.

Castellón. Castellón. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor

Sorolla. Castellón. Castellón. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Castellón. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Acude por primera vez al Servicio de Urgencias una paciente mujer de 26 años por un cuadro de fiebre de cinco días de evolución, de predominio vespertino, de hasta 39 °C, que se acompaña de tos seca con mucosidad blanquecina, mialgias y artralgias, así como diaforesis intensa nocturna. Niega otra sintomatología asociada, ni pérdida ponderal. No relaciones sexuales de riesgo. Tras realización de pruebas complementarias, se decide el alta hospitalaria con la petición de serologías, tratamiento sintomático y control evolutivo por parte de su médico de Atención Primaria (MAP). Al día siguiente, al encontrar persistencia de sintomatología febril, decide volver a consultar a SUH, donde tras realización de nuevas pruebas complementarias se decide su ingreso hospitalario en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: TA 113/78 mmHg, FC 104 lpm, Sat O₂ 100%, T^a 1^a visita 37,8 °C, 2^a visita 37,2 °C, en planta 37 °C. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, con discreta molestia a la palpación de hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni presencia de megalias. Neurológicamente sin focalidad ni presencia de signos meníngeos. Orofaringe hiperémica, sin exudados. Adenopatías pequeñas submandibulares y laterocervicales, móviles y no dolorosas. No presencia de inguinales ni axilares. No lesiones cutáneas. Hemostasia: normal. 1^{er} hemograma (HG): Hb 11,4, Hto 33%, leucos 2.290, neutrófilos 1.540, linfocitos 240, plaquetas 145.000. 2^o hemograma: Hb 11,4, hto 33,2%, leucocitos 1.840, neutrófilos 1.280, linfocitos 260, plaquetas 119.000. 3^{er} hemograma de control ambulatorio Hb 10,9 g/dl, Hto 32,9%, leucocitos 5,860, neutrófilos 3.200, linfocitos 1.870, plaquetas 273.000. Fórmula manual HG: segmentados 48%, cayados 20%, con ausencia de celularidad atípica y con abundantes formas mieloides inmaduras con granulación tóxica. 1^a y 2^a bioquímica: normales, incluyendo función hepática, PCR y procalcitonina. Radiografía de tórax y abdomen, y eco abdominal: normales. Serologías: VHB, VHA, VHC, Parvovirus, CMV negativos. Herpes simplex y Epstein Barr IgG +, IgM -.

Juicio clínico: Síndrome febril de probable etiología vírica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleósico. Enfermedades hematológicas malignas. VIH. Hepatitis. Rickettsiosis.

Comentario final: Tras permanecer hospitalizada dos días en la planta de Medicina Interna, sin complicaciones y con pruebas complementarias normales, se decide alta hospitalaria para control evolutivo por su MAP, con el mismo diagnóstico realizado en la primera visita en SUH, como síndrome febril por probable cuadro mononucleósico, confirmado tras recuperación analítica posterior. En este caso podemos ver la importancia que tiene el correcto manejo de la incertidumbre que va ligada de manera indisoluble a nuestra práctica médica, y de manera mucho más destacada a nuestra labor de Médicos de Atención Primaria, en la cual mediante una correcta exploración física y anamnesis, nuestras mejores armas, podemos enfocar de manera correcta un caso que a priori podría ser conflictivo, asumiendo cierta parte del riesgo de falta de concreción diagnóstica, pero siempre consensuando nuestras decisiones con los pacientes para mejor atención médica para estos, como en este caso, donde la paciente se podría haber evitado un ingreso hospitalario, que a posteriori se vio innecesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.