



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/494 - UNA FIEBRE SIN FOCO

I. Matos Rojas<sup>a</sup>, F.J. Román Pérez<sup>b</sup>, F.J. Fagúndez Santiago<sup>b</sup>, R. Mota Santana<sup>c</sup>, J. Guevara Lara<sup>d</sup> y F.E. Rodríguez Almonte<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Bárbara. Toledo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenavista. Toledo. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María Benquerencia. Toledo.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón camerunés de 47 años exfumador 20 c/día. Hipertenso; ACV isquémico en 2011, en tratamiento con ibersartan y Adiro. Acude a centro de salud por fiebre 39 °C y artralgias de 10 días de evolución. Niega viajes recientes, pérdida de peso, clínica respiratoria, contactos sexuales de riesgo u otra sintomatología. Constantes vitales adecuadas y T<sup>a</sup> de 37,5 °C. En AP: crepitantes finos bibasales; se inició antibioterapia con el diagnóstico de infección de vías respiratorias bajas. Tras 7 días regresa persistiendo los síntomas, con picos febriles de 38 °C. Reevaluamos al paciente, encontrando sólo leve hepatoesplenomegalia; se pautan antitérmicos y se pide hemograma, Bioquímica, orina, serología y Radiografías (Rx). Resultados: PLT 56.000 mm<sup>3</sup>. Leu 2.3 mil/mm<sup>3</sup>. Neut 37%, GOT 96, GPT 73 y PCR > 90,0, Rx normales. Derivamos a medicina interna como fiebre de origen desconocido (FOD) y bicitopenia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de FOD. Inicia con ceftriaxona pero sigue con fiebre. Pruebas: microbiología, serología, inmunología y pruebas de imagen. Exploración física hepatoesplenomegalia moderada y fiebre de 39 °C. PLT 56.000mm<sup>3</sup>, Leu 2,1 mil/mm<sup>3</sup>, Neut 35%, GOT 100, GPT 93 y PCR > 90,0. Rx tórax y abdomen: normal. Ecografía: angioma de 12 mm. Estudio de anemia: pancitopenia y elevación de LDH. Serología: AC antileishmania (+). Resto de pruebas negativas. En biopsia de médula ósea se confirma imágenes extracelulares compatibles con leishmanias.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis visceral (LV).

**Diagnóstico diferencial:** Infección. Neoplasia. Enfermedad autoinmune. Fármacos.

**Comentario final:** Presentó mejoría clínica y analítica tras tratamiento con anfotericina liposomal. La fiebre es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, siendo la LV una infección a considerar en el estudio de todo paciente sin foco. Los síntomas son: fiebre, hepatoesplenomegalia, adenopatías y pancitopenia. El diagnóstico definitivo se hace con biopsia de médula ósea.

## Bibliografía

1. Gelfand Jeffrey A, Callahan Michael V. Fiebre de origen desconocido. En: Longo DL. Principios de Medicina Interna. Harrison, 18<sup>a</sup> ed. México: Mc Graw-Hill, 2012:158-64.

**Palabras clave:** *Fiebre de origen desconocido. Leishmania.*