



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1160 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: SI NO BUSCAS, NO ENCUENTRAS

M.M. Cobos Siles<sup>a</sup>, M. Gabella Martín<sup>a</sup>, M. Guitián Domínguez<sup>b</sup>, J. Abadía Otero<sup>a</sup>, Á. González de la Fuente<sup>c</sup>, C. Alonso Rodríguez<sup>d</sup>, M. Fajardo Puentes<sup>e</sup> y L. S. Briongos Figueró<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Interna; <sup>d</sup>FEA Radiología; <sup>e</sup>Médico Residente de Radiología; <sup>f</sup>Internista. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años, sin alergias conocidas, antecedentes de diverticulosis colónica e HTA, que acude en tres ocasiones a consulta de Atención Primaria por fiebre persistente durante 21 días. En las dos primeras visitas, no presenta datos de gravedad ni focalidad infecciosa, por lo que es remitido a domicilio con antitérmicos y observación. En la tercera ocasión, refiere polaquiuria con orina escasa y colúrica, molestias difusas en hipocondrio derecho y sensación de implazón abdominal. Se remite al hospital para valoración según protocolo de fiebre de origen desconocido e ingresa en Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 39,5 °C, TA 96/54 mmHg, FC 110 lpm. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con Murphy dudoso, peristaltismo aumentado, sin peritonismo. Analítica: leucocitos 18.500 (neutrófilos 88%), ALT 386, AST 282, GGT 114, FA 146, BT 2,28, LDH 581, PCR 327, resto sin alteraciones. Estudio serológico y de autoinmunidad no arrojó datos etiológicos. Ecografía abdominal: hígado con aumento de ecogenicidad en lóbulo derecho, homogénea, con estructura micronodular y bordes lobulados, en relación con esteatosis focal. Body-TC: alteración en la densidad hepática en lóbulo derecho con extensa zona redondeada, de contornos mal definidos de 9,5 × 8 cm, que tras la administración de contraste y estudio diferido es compatible con absceso hepático en formación. No abscesos a otros niveles. Tras los hallazgos se realiza punción-aspiración guiada por TC, con aislamiento de *Streptococcus intermedius*. Se inició tratamiento dirigido con levofloxacino con buena evolución y resolución del cuadro en 4 semanas. Se completó el estudio con ecocardiograma transesofágico, valoración endoscópica y valoración por cirugía maxilofacial sin más hallazgos que diverticulosis estable.

**Juicio clínico:** Absceso hepático.

**Diagnóstico diferencial:** Etiología infecciosa vírica, bacteriana (abscesos, diverticulitis, endocarditis, tuberculosis), neoplásica y conectivopatías.

**Comentario final:** La fiebre es motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, que plantea un amplio diagnóstico diferencial. Puede ser expresión de procesos más graves, de ahí la importancia de detectar los criterios de gravedad que requieran atención hospitalaria.

## **Bibliografía**

1. Arizcorreta Yarza A, Tinoco Racero I, De los Santos Moreno A, Cornejo Saucedo MA. Protocolo diagnóstico diferencial del paciente con fiebre aguda sin focalidad infecciosa. *Medicine*. 2014;11:2973-6.

**Palabras clave:** *Fiebre. Fiebre de origen desconocido. Hígado. Absceso. Tomografía computarizada.*