



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1840 - ¿POR QUÉ TANTA FIEBRE?

A.B. Marín García^a, N. Martín Díaz^a, A.L. Hernández Olivares^a, C.M. Cano Bernal^b, Y. Reverte Pagán^b, L. Blázquez González^b, B. de la Villa Zamora^a, C. de Prados González^a, C. Saavedra Menchón^a y M. Martínez Hernández^c

^aMédico Residente. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistabella. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, hipotiroidea y con esófago de Barret, en tratamiento con levotiroxina 50 mg. Tiene animales en casa. No ha viajado al extranjero. Acude al centro de salud por astenia intensa y dolor en articulaciones de miembros inferiores de 3 semanas de evolución, junto con una lesión eritematosa en rodilla derecha y aparición de fiebre de 38,7 °C. Fue diagnosticada de fiebre botonosa mediterránea y se le prescribió tratamiento antibiótico con doxicilina. Se pidió analítica completa y serologías. A la semana siguiente vuelve sin mejoría de los síntomas, y tras resultados analíticos normales y serología negativas para rickettsias se decide envió a urgencias, donde es ingresada en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Pequeñas adenopatías laterocervicales. ACP y abdomen sin hallazgos patológicos. MMII: lesiones nodulares sugestivas de eritema nodoso. Analítica con marcadores tumorales normal, VSG 17 fL, ANCA y ECA positivas. Serología negativa. ECG y Rx tórax normal. ITC Oftalmología: no inflamación ocular. TC Total Body sin hallazgos patológicos. Biopsia lesión pierna: paniculitis septal tipo eritema nodoso. Mantoux y test del Quantiferon negativos.

Juicio clínico: Sarcoidosis.

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa mediterránea vs sarcoidosis.

Comentario final: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica autoinmune, con un pico de incidencia entre 20-40 años. Sus causas son desconocidas. El curso es variable, desde asintomática hasta crónica (sólo el 5%). Suele manifestarse en pulmón, ganglios intratorácicos, ojos, piel e hígado. El tratamiento suele ser sintomático o con corticoides, usando los inmunosupresores en casos graves. La mitad de los casos remiten en 12-36 meses y la mayor parte de ellos en 5 años. En este caso se cursaron las pruebas diagnósticas de tuberculosis por si hubiese sido necesario tratar a la paciente con altas dosis de corticoides o inmunosupresores, sin embargo, respondió bien a pequeñas dosis de prednisona, por lo que al alta a domicilio no se le pautó tratamiento.

Bibliografía

1. Newman Lee S., Rose Cecile S., Maier Lisa. Sarcoidosis. NEJM. 1997;336:1224-34.

Palabras clave: *Fiebre. Botonosa. Sarcoidosis.*