



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3570 - FIEBRE PERSISTENTE Y TOS, NO SIEMPRE SIGNIFICA CATARRO

H. Mendes Moreira^a, C. Corugedo Ovies^b, R. Sánchez Rodríguez^b, D. Serrano Henriques-Gil^c, E. Cano Cabo^a y A. Martínez Seoane^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años, procedente de Nigeria, en España desde hace más de 10 años, diabética, Hipertensa y con historial de Psicosis delirante crónica estable, que acude a nuestro centro de salud por clínica catarral de aproximadamente 48 horas de evolución, con fiebre de hasta 38,5 °C termometrada y sudoración. Inicialmente se pauta azitromicina. Tras 2 días, la paciente acude nuevamente a nuestro centro de salud por persistencia de fiebre, y clínica catarral, y además refiere haber abandonado el tratamiento pautado por molestias abdominales, por lo que se repite exploración y se pauta moxifloxacino. A pesar de todo, la paciente acude nuevamente a las 24h por persistencia de clínica respiratoria, fiebre y molestias abdominales que asocia a la toma de antibióticos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, AC: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. AP: MVC con algún crepitante aislado en base izquierda. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, leve dolor a la palpación en epigastrio. Resto de exploración anodina. Tira orina sin hallazgos.

Juicio clínico: Fiebre persistente.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria por patógeno resistente a tratamiento pautado, cuadro febril originado en otro foco.

Comentario final: Dada la evolución de la paciente y sus antecedentes, se decide derivar a centro hospitalario de referencia para valoración. Allí, al objetivar alteración importante de reactantes de fase aguda, se decide ingreso en Medicina Interna con diagnóstico de fiebre sin foco. Durante ingreso, se objetiva alteración de función hepática y se realiza TC full-body dónde se objetiva lesión multiquística tabicada en lóbulo hepático izquierdo (absceso hepático vs quiste hidatídico). Se pauta albendazol y piperacilina-tazobactam. Se realiza además ecografía abdominal y gastroscopia, sin que aporten nuevos datos. Es valorada por Cirugía General que recomienda la eco-punción del absceso para su estudio pero, al realizarla, se objetiva marcada reducción de la lesión, hasta no presentar componente líquido. Dada la evolución de la lesión solamente con tratamiento empírico, es dada de alta con diagnóstico posible de absceso hepático y seguimiento ambulatorio, continuando pauta antibiótica en domicilio.

Bibliografía

1. Jiménez AB. Síndrome febril sin foco en pacientes no inmunodeprimidos, En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 554-7.

Palabras clave: Fiebre. Tos.