



242/1318 - TENGO FIEBRE

L. Rodríguez Vélez^a, A. García Garrido^b, I. Rivera Panizo^c, A. del Rey Rozas^d, M. Nielfa González^e y M. Tobalina Segura^f

^aMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años, DM I, inmunodeficiencia común variable. Portadora de ESSURE (método anticonceptivo permanente intratubárico). En tratamiento con metronidazol por giardiasis intestinal. Seguida por su MAP por fiebre de una semana de evolución, hasta 39,5 °C con dolor en fosa iliaca izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 121/64. SatO₂: 99%. No se palpan adenopatías. AC: rítmica, no soplos. AP: mvc. Abdomen blando. Dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda. No masas ni megalias. RHA normales. No datos de peritonismo. PPRB negativa. No edemas. No datos de TVP. Bioquímica: glucosa 219 mg/dL, iones, PFR y PFH normal, amilasa 14 U/L, PCR 12,4 mg/dL, TSH 1.281 mIU/L. Hematimetría: leucocitos $6,1 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 11,2 g/dl, plaquetas $175 \times 10^3/\mu\text{l}$, VSG 54. Bacteriuria moderada asintomática. Proteinograma: patrón inflamatorio. Hemocultivos, autoanticuerpos, estudio de TBC y proteinuria Bence-Jones: negativos. Ecocardiograma: normal. Serología: IgG citomegalovirus y Epstein-Barr virus positivos. TAC tórax/abdomen/pelvis: adenopatías necróticas retroperitoneales izquierdas. Quiste anexial derecho de aspecto funcional. PET: hipermetabolismo en adenopatías retroperitoneales. Área hipermetabólica en región anexial izquierda. Posible componente inflamatorio en relación con el método anticonceptivo portado. Durante el ingreso recibe tratamiento empírico con ertapenem y metronidazol, posteriormente ciprofloxacino, con resolución del síndrome febril. Valorada por Ginecología durante el ingreso sin hallazgos patológicos. Dada la estabilidad clínica se decide control en consulta de Medicina Interna.

Juicio clínico: Síndrome febril de etiología no aclarada.

Diagnóstico diferencial: Infecciones, enfermedades conectivas y malignas.

Comentario final: Ante una fiebre de origen desconocido es fundamental una detallada historia clínica, considerando edad, exposición y estado inmunológico así como la exploración y reevaluación periódica del paciente. Se recomienda realizar hemocultivos, estudio de TBC y VIH, proteinograma,

VSG, PCR, LDH, estudio de imagen... La etiología permanece desconocida en un 30% de los casos a pesar de lo cual suelen tener un buen pronóstico.

Bibliografía

1. Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, et al. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine (Baltimore)*. 2007;86:26.
2. Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB. Fever of unknown origin: a clinical approach. *Am J Med*. 2015;128:1138.e1.
3. Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? *N Engl J Med*. 2013;368:197.

Palabras clave: Fiebre. Essure.