



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3176 - EL PACIENTE CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Allende Suárez^a, B. Cifuentes Cocina^b, S. Frechoso Cañedo^c y D. Álvarez Menéndez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sotondrio. Área VIII. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Sotondrio. Asturias. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Área VIII. Asturias. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Área VIII. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años con fiebre de hasta 38 °C de varios días de evolución, malestar general, y dolor en la región mentoniana, donde se aprecia una tumoración blanda y dolorosa a la palpación. Tras este primer episodio y habiendo terminado el tratamiento antibiótico inicial, comenzó de nuevo con fiebre, a lo que se añadió dolor pleurítico en hemitórax derecho, sin mejoría tras un nuevo tratamiento antibiótico. En las semanas posteriores el paciente presentó en varias ocasiones episodios de escalofríos y tiritona, picos de fiebre de predominio vespertino, sudoración y empeoramiento progresivo de su estado clínico.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presentó progresiva anemia en analíticas sucesivas, PFH ligeramente elevadas persistentemente, PCR elevada en varias ocasiones, b2-microglobulina elevada. Serología: VEB: infección antigua; negativa para el resto de virus. El Quantiferon en sangre resultó negativo. C4 elevado, C3 normal. FR y anti-PCC: negativos. ECA-suero: negativa. Alfafetoproteína y CEA negativos. Eco torácica: se descarta endocarditis. TAC: adenopatías patológicas en tronco celiaco y ocupación del ángulo cardiofrénico de aspecto adenopático. Se biopsian las adenopatías del tronco celiaco, siendo normales. Meses más tarde, persisten adenopatías en seno cardiofrénico en RMN de control, que se biopsian con análisis histológico compatible con infección tuberculosa, tras lo cual se comenzó tratamiento antituberculoso con rifampicina + pirazinamida + isoniacida + etambutol 2 meses, y luego rifampicina + isoniacida 4 meses. Tras finalizar el mismo, el paciente permaneció clínicamente asintomático y afebril. En el TC de control se observó disminución y tendencia a la desaparición de las lesiones.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis.

Diagnóstico diferencial: Linfoma, endocarditis, tuberculosis, Virus Epstein Barr, linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, histiocitosis maligna, sarcoidosis, enfermedades del tejido conectivo.

Comentario final: Más de 200 trastornos pueden tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la FOD clásica en adultos. Infecciones como la tuberculosis extrapulmonar siguen siendo causas importantes de FOD diagnosticables.

Bibliografía

1. Jeffrey AG, Michael VC. Fiebre de origen desconocido. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 158-64.

Palabras clave: Tuberculosis.