



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2328 - HIPERTERMIA DE ORIGEN CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

D. García Moreno<sup>a</sup>, I. Moreno de Juan<sup>b</sup>, M. Muriel Díaz<sup>c</sup> y C. Pérez Vázquez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 87 años con AP de HTA, DM II, EPOC, FA, hiperuricemia y DCL en tratamiento con Ulunar 85/43 µg, terbasmin, alopurinol 100 mg, pantoprazol 20 mg, pentoxifilina 600 mg, Sintrom 4 mg, Seguril 40 mg, bisoprolol 2,5 mg, quetiapina 25 mg que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,8 °C de 2 horas de evolución y disminución de nivel de conciencia. Según sus familiares, no clínica infecciosa aparente, pero infecciones tracto urinario de repetición. Refiere caída accidental no presenciada hace 2 días sin mareo ni pérdida de conocimiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** MEG, NHNP, taquipneico, no colabora. AC: RsCsAs sin soplos. AP: mvc con crepitantes base izquierda. Abdomen y MMII: sin hallazgos. Neurológica: Glasgow 5. Anisocoria, no reactividad pupilar. Pares craneales no valorables. Babinsky + bilateral. No signos meníngeos. Analítica: Hb 11,4. Leucocitos 11.000. Plaquetas 450.000. INR 3,58. TTPA 47,1. FG 64. Cr 1,04. Gluc 181. Urea 45. CK 850. Na 137. K 4,4. Troponina 35. PCR 0,83. Procalcitonina 0,02. Resto normal. Sistemático y sedimento orina normal. Rx tórax: patrón reticulonodular bilateral. No condensación parenquimatosa. TC craneal: hematoma subdural subagudo con áreas de resangrado en convexidad izquierda con extensión a tentorio. Presenta espesor máximo de 27 mm que condiciona desviación de línea media de 20 mm con colapso del sistema ventricular y signos de herniación transtentorial descendente.

**Orientación diagnóstica:** Hematoma subdural subagudo por traumatismo craneoencefálico y anticoagulación con acenocumarol.

**Diagnóstico diferencial:** Ambiental. Fármacos y tóxicos. Metabólico-nutricionales. Lesiones SNC. Infecciones. Neoplasias. Vasculitis. Conectivopatías. Simulada-facticia.

**Comentario final:** Analizar y evaluar el abanico de causas de fiebre de dicho paciente a su llegada a Urgencias, por lo que incidimos en una buena anamnesis y exploración física. Valorar realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos como intubación endotraqueal y ventilación mecánica, o punción lumbar.

### Bibliografía

1. Ogoina D. Fever, fever patterns and diseases called `fever'-A review. *Journal of Infection and Public Health*. 2011;4:108-24.
2. Padilla Cuadra JI. Fiebre: fisiopatología, patrones y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Iberoamérica*. 2009;1:1-9.
3. Lifshitz A. Fiebre y otras formas de elevación térmica. *Revista de Investigación Clínica*. 2007;59(2):130-8.

**Palabras clave:** Fiebre. Hipertermia. Acenocumarol. Quetiapina. Traumatismo cráneoencefálico.