Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2586

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1272 - ¿QUÉ HAY DETRÁS DE ESA FIEBRE?

M. Tovar Peñaranda[a], N. Aguilar Lorente[b], M. Rodríguez Romero[b], J. Zieleniewski Centenero[b], B. Sanchís Pardo[a] y B. Costa Martínez[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años que acude a la consulta de atención primaria porque refiere desde hace 3 días astenia acompañada de epigastralgia no irradiada, plenitud posprandial y distensión abdominal así como sensación distérmica asociada a febrícula (en torno a 37,4 ºC). En las últimas 24h refiere 3-4 deposiciones de consistencia blanda, sin productos patológicos asociados y náuseas sin vómitos. No refiere transgresión dietética, ambiente epidémico ni viajes al extranjero. Tras realizar exploración física en la que no se evidencia ningún hallazgo relevante y constantes vitales normales se pauta tratamiento analgésico, filiando el cuadro como enteritis aguda infecciosa. Dos días después, el paciente vuelve a consultar por empeoramiento del estado general, escalofríos, fiebre (máximo de 38 ºC) que persiste a tratamiento antipirético habitual asociado a sudoración nocturna. Se solicita analítica y ante los resultados objetivados se deriva al hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Buen estado general. Tª 37,7 ºC. PA 140/90 mmHg. SatO2 97% basal. FC 92 lpm. FR 18 rpm. CYC: carótidas palpables, no ingurgitación yugular ni adenopatías. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan visceromegalias ni tumoraciones. No signos de irritación peritoneal. PPRB negativo. NRL: no focalidad ni signos meníngeos. Radiografía tórax: sin signos de patología cardiopulmonar aguda. Analítica: glucosa 184 mg/dL, creatinina 0,98, sodio 135, potasio 4,7, hemoglobina 14,9, VCM 85,1, plaquetas 450.000, leucocitos 25.000, neutrófilos 80,9%, linfocitos 14,8%, monocitos 4,5%, bilirrubina 0,8, ALT 60, AST 69, FA 450, GGT 89, PCR 22. Ecografía/TAC abdominal: masa sólido quística tabicada, en lóbulo hepático izquierdo de 6 cm de diámetro, englobando los segmentos II-III y parte del IV sin invadir la vena suprahepática media. Serología: negativa incluida hidatidosis.

Juicio clínico: Absceso hepático.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, colecistitis, hepatocarcinoma.

Comentario final: El absceso hepático es una entidad poco frecuente y en la mayor parte de las ocasiones la fiebre de origen desconocido es la única manifestación inicial. Es por ello que los facultativos de atención primaria deben tener presente esta patología en el diagnóstico diferencial de la fiebre persistente.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Fiebre. Dolor abdominal. Absceso hepático.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.