



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/119 - Tengo fiebre todas las tardes desde hace 2 semanas

L. Úbeda Cuenca<sup>a</sup>, M. Rodríguez Márquez<sup>b</sup>, M. Pancorbo Carro<sup>c</sup>, A.A. Ruiz-Risueño Montoya<sup>a</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>d</sup> y V. Mateo Cañizares<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. <sup>c</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años hipertenso en tratamiento con ramipril, que consulta en el servicio de urgencias por febrícula y en ocasiones dos picos febriles (38 °C en dos ocasiones) desde hace dos semanas, que aparece siempre a partir de las 17h. Refiere que desaparece en ocasiones con antitérmicos y en otras espontáneamente. Se acompaña de ligera molestia cervical y dolor a nivel de testículo derecho. Su médico le pautó Augmentine hace 3 días sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado, auscultación cardiaca y respiratoria sin alteraciones. Abdomen y exploración neurológica normal. MMII sin edemas. A nivel genital, dolor a nivel de raíz de teste derecho sin aumento de volumen y reflejo cremastérico presente. En la analítica destaca plaquetopenia de 97.000 y fórmula leucocitaria con 27% de monocitos. En la bioquímica una PCR 30 y procalcitonina 0,5 ng/dl. función renal normal. Proteinuria. La radiografía de tórax sin hallazgos y un electrocardiograma normal. Se realiza ecografía abdominal que informan de quiste de la túnica vaginal vs testicular izquierdo, hidatide testicular derecha y mínimo hidrocele derecho. En planta se completa estudio con beta2microglobulina 3.290, TSH 0,08 y T4 1,87, proteínas 921 mg/24h. En autoinmunidad ANA homogéneo 1/80, consumo de complemento, anti-tirotropina positivo. Realizan TAC abdominal sin contraste con cambios inflamatorios de grasa adyacente al colon ascendente, gastroscopia con duodenitis inflamatoria, doppler venoso de ambos MMII informa de trombosis venosa superficial en ambas safenas menores. Electromiograma MMII datos congruentes con afectación axonal mínima típica de vasculitis y otras polineuropatías como la diabética.

**Juicio clínico:** Fiebre prolongada secundaria a vasculitis: poliarteritis nodosa (PAN).

**Diagnóstico diferencial:** Cuadro infeccioso de cualquier localización, polineuropatías y vasculitis.

**Comentario final:** Tras todos los estudios, el diagnóstico más probable es el de una vasculitis, probablemente una pan por cumplir los siguientes criterios: dolor testicular, pérdida de peso, polineuropatía, mialgias y debilidad en MMII. En la analítica concuerdan unos ANAs a título bajo, consumo de complemento y proteinuria. Tras la sospecha, se inició tratamiento con corticoides con respuesta espectacular, desapareciendo la fiebre al día siguiente y mejorando los datos analíticos. Es dado de alta con 65 mg de prednisona oral y descenso progresivo. Sigue revisiones en consulta de reumatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González E. Poliarteritis nodosa sistémica y poliarteritis nodosa cutánea. 2002.
2. Harrison T, Braunwald E. Principios de Medicina Interna, 15<sup>a</sup> ed. Editorial McGraw Hill Interamericana. Madrid, 2002.
3. Guillevin L, Lhote F. Treatment of polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis. *Arthritis Rheum*. 1998.