



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 287/21 - FIEBRE PROLONGADA

M. Sales Herreros<sup>a</sup>, A. Alayeto Sánchez<sup>b</sup>, L. Martín Fuertes<sup>a</sup>, M. Villarejo Botija<sup>a</sup>, A. Rodríguez Ponce<sup>a</sup> y M. Moreno Hernando<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 48 años con antecedentes de vitílico en seguimiento por dermatología, sin RAM. Acude a consulta por MEG, fiebre de hasta 38 °C, dolores musculares generalizados y astenia de 2 días de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 132/76 mmHg; FC: 79 lpm; T<sup>a</sup>: 36,6 °C; SatO2: 99%. Consciente y orientada en las 3 esferas. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. ACP rítmica sin soplos, MVC sin añadidos. ABD: blando y depresible, no palpo masas ni megalias, no doloroso a la palpación. RHA+. NRL: meníngeos negativos, sin otra focalidad. Pautamos paracetamol y revisión a los 3 días. A los 3 días comienza con vómitos alimentarios, deposiciones blandas sin productos patológicos, dolor abdominal generalizado y coluria, por lo que acude a urgencias. Niega viajes recientes, no relaciones de riesgo, no tatuajes, no nueva medicación, no ingesta de alimentos en mal estado o setas. Analítica: GOT: 896; GPT: 1.179; GGT: 256; BT: 0,52; FA: 236; Amil: 58; lipasa: 33. Leucos: 7.090; linfós: 31,8%. Plaq: 341.000; INR: 1,12. Ecografía abdominal: quiste hepático simple y quiste renal derecho. Ingreso en gastroenterología para estudio. Serologías: CMV+; VIH, VHC, VHB y VVZ -. Frotis SP: sugestivo de proceso infeccioso agudo.

**Juicio clínico:** Hepatitis aguda viral por CMV.

**Diagnóstico diferencial:** Gripe. Hepatitis B. Hepatitis C. Hepatitis A.

**Comentario final:** La infección por CMV en pacientes inmunocompetentes ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia y juventud, y es generalmente indolente. Se propaga por transfusión sanguínea o trasplante de órganos, gotas de respiración, saliva, contacto sexual, lágrimas y orina. Tiene una clínica muy variada, desde un cuadro seudogripal o sd. mononucleósido a formas más graves como hepatitis o complicaciones como cuadros trombóticos en territorios esplénico, portal y suprahepático, que generalmente se producen en el curso de infecciones graves en inmunodeprimidos. La hepatitis acompaña con frecuencia a la mononucleosis infecciosa por CMV, pero rara vez es sintomática en pacientes inmunocompetentes. La hepatitis por CMV puede cursar, en su forma sintomática leve, con elevación de las enzimas hepáticas, mientras que en su forma grave el paciente puede cursar con fallo hepático fulminante (FHF), caracterizada por la presencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal en pacientes previamente sanos, a lo cual se puede agregar ictericia y encefalopatía progresiva, así como manifestaciones cutáneas por coagulopatías y ascitis. El diagnóstico de infección por CMV se realiza fundamentalmente mediante técnicas serológicas, aunque en ocasiones se realiza también determinación de la viremia y el ácido desoxirribonucleico (ADN) vírico. En los casos graves

de pacientes inmunodeprimidos estaría indicado el tratamiento con ganciclovir, aunque no debe usarse ordinariamente en los pacientes con inmunidad preservada.

## Bibliografía

1. Ramírez P, Robles JF, Escudero JL, Leyto F, Barragán E, Pérez-Araus S, et al. Hepatitis fulminante por citomegalovirus. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2010;23(91):98-103.
2. Aomar IF, Pérez L, Parejo MI, Hernández J. Hepatitis aguda por citomegalovirus como causa de trombosis portal y mesentérica. Med Clin. 2010;135(7):338-9.