



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1299 - Ojo con la Fiebre

M.R. Barcelona<sup>a</sup>, J. Parcet Solsona<sup>b</sup>, I. Vargas Roca<sup>c</sup>, E. Ruiz García<sup>d</sup>, M. Valls Esteve<sup>e</sup>, D.C. Mateu Arza<sup>a</sup>, M. Massamunt Paris<sup>b</sup>, A. Ximenis<sup>d</sup> y M. D'Lacoste Farré<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico

Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>d</sup>

Médica de familia. Centro de Salud Sant Ildefonso. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>e</sup>Médico de Familia. ABS Sant Ildefons.

Cornellà de Llobregat. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años, con antecedentes de hepatopatía VHC post-transfusional (ChildA), operado de úlcus gastroduodenal, contacto con ganado bovino. Consulta por persistencia de fiebre (38 °C) de 3 semanas de evolución sin foco. Dos semanas antes acudió a urgencias, en la exploración física (EF) destacó saturación basal O<sub>2</sub> (SatO<sub>2</sub>): 92%, resto anodino, se realizó tira de orina evidenciándose leucocituria+++, hematuria++. Se orientó como infección del tracto urinario y se inició tratamiento con amoxicilina/ac.clavulánico y paracetamol. Mejoró discretamente pero reconsultó por persistencia de febrícula y algún pico febril de 38 °C, astenia, anorexia y sudoración profusa nocturna, sin otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, consciente/orientado, normotenso 137/90 mmHg, satO<sub>2</sub> 98%, auscultación cardíaca rítmica, sin soplos (FC: 102x'), auscultación respiratoria, abdomen, puño percusión lumbar, tacto rectal normales, no adenopatías ni bocio. Se solicitó analítica, destacó proteína C reactiva (PCR) 64, hemograma, bioquímica, función renal y hepática normales, urocultivo negativo, radiografía tórax normal, electrocardiograma rítmico, sinusal, 99 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Se orientó como cuadro respiratorio por la mejoría de la SatO<sub>2</sub> posterior al tratamiento antibiótico, se derivó a Unidad de Diagnóstico rápido (UDR) para estudio de fiebre sin foco y síndrome tóxico. Se solicitó hemocultivos, serologías (Coxiella y Brucella) que resultaron negativos. Ecocardiografía trans-torácica y trans-esofágica no mostraron vegetaciones. TC tórax-abdominal con contraste mostró múltiples adenopatías mediastínicas y retroperitoneales. En ecografía de partes blandas se observaron adenopatías supraclaviculares bilaterales (> 15 mm), sugestivo de síndrome linfoproliferativo, que se confirmó con la biopsia: linfoma de Lennert (linfoma T periférico rico en células histiocitarias-epiteloides).

**Juicio clínico:** Fiebre de origen desconocido (FOD) puede ser síntoma de linfoma T.

**Diagnóstico diferencial:** Se describen más de 200 causas de FOD, siendo los tres grupos etiológicos más importantes: las infecciones, enfermedades inflamatorias no infecciosas y las neoplasias. Hasta el 51% quedan sin diagnóstico.

**Comentario final:** La FOD se define como fiebre de más de tres semanas, temperatura mayor de 38,3 °C en alguna ocasión y ausencia de diagnóstico tras tres días de estudios en hospital o tres visitas ambulatorias. No se ha llegado a un protocolo diagnóstico estandarizado, por lo que éste debe estar basado en las pistas

diagnósticas que emergen de la historia clínica minuciosa, la EF detallada, la reevaluación periódica del enfermo y los exámenes auxiliares básicos. Se puede complementar con técnicas diagnósticas de imagen según las pautas que nos den los exámenes iniciales. En general se recomienda evitar el ensayo terapéutico de antibiótico. Las enfermedades que más se manifiestan con FOD son la tuberculosis, el linfoma y la enfermedad de Still del adulto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roth AR, Basello GM. Approach to the adult patient with fever of unknown origin. *Am Fam Physician*. 2003;68(11):2223-9.
2. Kaya A, Ergul N, Kaya SY, et al. The management and the diagnosis of fever of unknown origin. *Expert Rev anti Infect*. 2013;11(8):805-15.
3. Hersch EC, OH RC. Prolonged Febrile Illness and Fever of Unknown Origin in Adults. *Am Fam Physician*. 2014;90(2):91-6.
4. Fiebre prolongada sin foco. Fistera. Fiebre sin focalidad aparente.
5. Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª ed., SEMFYC.
6. Approach to adult with fever of unknown origin. UpToDate.