Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1544

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1656 - Tos seca y fiebre. El diagnóstico oculto

B. Vilariño Romero[a], A. Sánchez Corral[b], R. Regla Marín[c], E.M. Senra de la Fuente[d], M. Avellana Gallán[e] y A.I. Uta[c]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 40 años de edad, HTA, que acude a urgencias por fiebre de hasta 38,5 ºC tras gastroscopia con biopsia de la extracción de 20 pólipos (benignos). De predominio vespertino. Asocia malestar general, hiporexia, pérdida de 7-8 kg, tos seca, artromialgias y dos lesiones maculoeritematosas en ambas piernas. En urgencias de su Centro de Salud, se le inició tratamiento con cidine, aerored y azitromizina.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable en Urgencias. Febrícula de 37,4 ºC. AP: leves crepitantes bibasales. AC: rítmico con soplo paraesternal. Abdomen: sin masas ni megalias. EEII: edemas con leve fóvea. Lesiones eritematosas mal definidas y dolorosas a la palpación, no pruriginosas de localización pretibial y perimaleolar. Sin adenopatías periféricas. Se realizan pruebas de imagen (radiografía tórax, abdomen, ecografía abdominal, TAC cuello-tórax-abdomen-pelvis), observándose adenopatías mediastínicas y traqueobronquiales de tamaño significativo junto con pequeñas adenopatías cervicales y axiales. En citometría de flujo en sangre periférica y de adenopatía mediastínica, resultado negativo. Analítica de orina y orina de 24 horas con valores normales. Serología para VHA, VHB, VHC, lúes, Leishmania, Brucella, VEB, CMV, Borrelia negativos. Hemocultivos y PPD negativos. Ecocardiograma sin imágenes sugestivas de endocarditis. En fibrobroncoscopia

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

inflamación granulomatosa no necrotizante. Se realiza producción quantiferón-M. tuberculosis descartando TBC.

Juicio clínico: Sarcoidosis en estadio I.

Diagnóstico diferencial: TBC, sarcoidosis, linfoma, leucemia, brucelosis, enfermedad Still del adulto.

Comentario final: En FOD clásica se deben descartar causas infecciosas (como TBC, brucelosis), neoplasias (linfoma, leucemias), colagenopatías/vasculitis (enfermedad Still adulto, AR) y misceláneas (sarcoidosis, hepatitis granulomatosa, enfermedad de Crohn). La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa idiopática que puede afectar a diferentes órganos. La diversidad clínica hace dificultoso el diagnóstico. Afecta más frecuentemente a nacionalidades africanas y americanas, raramente a española y portuguesa. La sarcoidosis primaria afecta al sistema respiratorio (pulmones en un 90%, asociado a adenopatías hiliares bilaterales), pero también puede presentar clínica extrapulmonar como síndrome constitucional, afectación ocular (uveítis anterior), afectación dermatológica (eritema nodoso), artritis...Un síndrome de buen pronóstico es el de Löfgren caracterizándose por fiebre, eritema nodoso, dolor en EEII, sudoración y adenopatías hiliares bilateral. Aproximadamente el 84% de pacientes consiguen remisión completa. Los corticoides en dosis mínimas eficaces son el tratamiento de primera elección. Las lesiones dermatológicas responden bien a 10-15 mg prednisona al día. La terapia inmunomoduladora (sobre todo metrotexate) se han mostrado eficaces en casos refractarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shinn J, Paauw DS. The Management of Sarcoidosis: A Primary Care Approach. Med Clin N Am. 201;99:1123-48.

2. Santos Corraliza E. Fiebre de origen desconocido. Un reto diagnóstico. La medicina de hoy. Jano 18-24 febrero 2005. Vol. LXVIII Nº1552.

3. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. Madrid. 2014.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.