



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1587 - Síndrome febril sin foco aparente: cuando la realidad supera la ficción

M.B. Arellano Cobos^a, M.A. Esclapez Boix^a y J.L. Pardo Franco^b

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Orihuela 1. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años diagnosticado de espondilitis anquilosante en tratamiento con adalimumab y en seguimiento por reumatología. Tras valoración previa por Urgencias hospitalarias con diagnóstico de “síndrome febril”, consulta por fiebre de hasta 40 grados de 15 días de evolución, sin mejoría a pesar de tratamiento con ciprofloxacino oral. Tratamiento crónico: omeprazol 20 mg diarios. Adalimumab 40 mg bimensual.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 39 °C. Tensión arterial: 90/60 mmHg. Eupneico. Frecuencia cardíaca: 115 lpm. Palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: distendido, doloroso en la fosa ilíaca izquierda. Signo de Blumberg positivo. Signo de Murphy negativo. Resto anodino. Bioquímica. Glucemia 115 mg/dl. Transaminasas normales. Sodio 132 mEq/l. PCR: 40,5 mg/dl. Procalcitonina 1,65 mg/dl. Hemograma. Leucocitos 14,410. Hemoglobina 11,3 g/dl. Bicarbonato 23,8 mEq/L. Hemostasia sin alteraciones. Ecografía abdominal: incremento difuso de la ecogenicidad hepática con respecto a la cortical renal, sin lesiones focales. Área geográfica hipoeecogénica bien definida junto al lecho vascular. Páncreas, hígado, bazo y riñones sin lesiones. Eco-doppler hepático. Ausencia de flujo vascular en la rama posterior de la porta derecha con un calibre conservado. TAC abdomen-pelvis. Hígado con zona hipodensa periférica en segmento VII con morfología triangular, apreciándose una imagen hipodensa en relación con posible trombosis a nivel de cúpula hepática. Engrosamiento de la pared del íleon terminal a nivel central infraumbilical.

Juicio clínico: Ileítis terminal a estudio con trombosis hepática.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda. Enfermedad inflamatoria intestinal. Apendicitis aguda. Litiasis ureteral. Apendicitis epiploica. Isquemia mesentérica.

Comentario final: El reconocimiento precoz de la gravedad del paciente (hipotenso y febril en consulta) y su derivación a Urgencias hospitalarias ante la sospecha de cuadro séptico en consulta de Atención Primaria, permitió un diagnóstico y tratamiento certeros de patologías graves.

Bibliografía

1. Martín Zurro. Compendio de Atención Primaria, 2014: Barcelona: Elsevier.
2. Rodrigo L. Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2009.
3. Brams HJ. Diagnóstico por la imagen del aparato digestivo. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2011.

4. Montoro MA, Casamayor M. Dolor abdominal agudo. Síntomas gastrointestinales frecuentes. Asociación Española de Gastroenterología.

Palabras clave: Fiebre. Dolor abdominal. Ileítis. Trombosis.