



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2761 - SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

C. Candel Navas^a, M. Antonio González^a, J. Martínez López^a, M. Vigil Velis^b, C. de Prados González^c y A. Muñoz Méndez^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^bMédico Intensivista. Hospital Reina Sofía. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAM. Sinusitis de repetición. NAC hace 1 mes. Personal sanitario. Enfermedad actual: varón, 40 años, fiebre de 8 días de evolución, dolor en hemitórax derecho de características mecánicas, asociado a rinorrea amarillenta y congestión nasal. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, T^a: 38,5 °C. REG. NRL: sin focalidad. ACP: rítmico, sin soplos. MVC. ABD: no doloroso. MMII: sin alteraciones. Bioquímica: Gluc 80. Urea 17. CR 0,8. BRT 0,5. GOT 142. GPT 200. GGT 170. FA 280. PCR 7,07. Procalcitonina 0,15. VSG 38. Hemograma: Hb 14,2. VCM 96. Pla^q 221 × 10³. Leucos 7.760 (59% N 27% L 9% M). Coagulación: normal (INR 1,02, AP 97%). Serología: VHB, VHC, lúes, Mantoux, Ac IgG Legionella, Ac IgG Coxiella burnetii, Ac IgG C. Pneumoniae negativos, IgG EB positivos, IgM para M. Pneumoniae positivos. Rx tórax: sin infiltrados ni condensaciones. Eco abd: sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Infección por Mycoplasma pneumoniae.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas (bacterianas, víricas, hongos y parásitos). Neoplásicas (hematológicas, sólidas, mixoma auricular). Farmacológicas (atropina, cefalosporinas, penicilina...). Conectivopatías (arteritis de células gigantes, enfermedad de Still). Miscelánea (hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal...).

Comentario final: La fiebre prolongada sin foco o de duración intermedia es una situación clínica con temperatura axilar termometrada superior a 38 °C, diaria o intermitente (en este caso al menos en 2 ocasiones), sin focalidad clínica, con una duración entre 1 y 4 semanas, sin antecedentes de estancia hospitalaria, de inmunodeficiencia u otra enfermedad subyacente crónica que pueda ocasionar la presencia de fiebre, y que tras una evaluación clínica y complementaria elemental (hemograma, bioquímica y radiografía PA y lateral de tórax) permanece sin orientación diagnóstica. El paciente, tratado empíricamente con ATB de amplio espectro, se pidieron pruebas para descartar patógenos que causan neumonías atípicas por el cuadro tan inespecífico dando positivo para M. pneumoniae. El aumento progresivo (y descenso posterior) de las transaminasas en el contexto de un patrón colestásico, es debido a la interacción del anticuerpo del Mycoplasma con la azitromicina (reacción cruzada).

Bibliografía

1. <http://www.guia-abe.es/gestion/includes/html4pdf.php?id=fiembre-de-origen-desconocido-y-fiembre-prolongada>

2. Lozano F, León E, Gómez-Mateos J, et al. Fiebre de origen desconocido. Actitudes diagnósticas. *Medicine*. 1998;3558-66.
3. Anceno-Reyes RI. Acute fevers of unknown origin. *Arch Intern Med*. 1994;154:2253.
4. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fiebre-prolongada-sin-foco/#2703>

Palabras clave: *Mycoplasma pneumoniae*. Hipertransaminasemia.