



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/272 - DOCTOR, TENGO FIEBRE

L. Díez Flecha^a, I. González de la Fuente^b, M. González Carretero^c y M. Yagüe López^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Unidad Noroeste. Madrid. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Área Noroeste. Centro de Salud Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años que acude al Centro de Salud por fiebre diaria de 3 semanas de evolución, de 39,5 °C, sin predominancia horaria. Refiere epigastralgia, pérdida involuntaria de 4-5kg en el último mes, hiporexia, sudoración. Como antecedentes personales destaca pitiriasis rubra pilaris en tratamiento con Infliximab. A la exploración 39 °C y MEG. Sospechando un linfoma o una tuberculosis, se deriva a Urgencias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias se realiza Rx de tórax con patrón micronodular, Rx de abdomen normal y TC torácico con hallazgo de adenopatía hiliar derecha, y axilares e inguinales bilaterales, compatibles con linfoma; y leve patrón pulmonar micronodular. Analítica con elevación de PCR, VSG y LDH. Se decide ingreso para completar estudio. Se solicita Quantiferon, serología y esputo, negativos. Se realizó biopsia de ganglio axilar, no concluyente. Frotis anodino. Tras objetivarse empeoramiento radiológico, se decide realizar broncoscopia, detectándose bacilos ácido-alcohol-resistente así como PCR positiva para tuberculosis, tanto en LBA como en PAAF de adenopatía subcarinal.

Orientación diagnóstica: Ante un paciente con fiebre prolongada de origen desconocido asociada a pérdida de peso y sudoración, hay que descartar una neoplasia hematológica así como procesos infecciosos.

Diagnóstico diferencial: Linfoma. VIH. Enfermedades autoinmunes. Tuberculosis. Durante la hospitalización presentó deterioro general inicial, que mejoró tras instauración del tratamiento antituberculoso empírico, remitiendo la fiebre. Se trataba de tuberculosis miliar. Dada su buena evolución, se decidió alta con seguimiento en consultas de Medicina Interna, objetivándose en revisiones posteriores tolerancia al tratamiento; presentando mejoría clínica y radiológica. Aproximadamente el 25% de las tuberculosis tienen afectación extrapulmonar, de ellas el 7% es miliar. Este tipo de TBC es ligeramente más frecuente en mujeres, edades extremas y pacientes VIH+, ERC. Responden bien al tratamiento que es el mismo que en TBC pulmonar, pero en ocasiones más prolongado. Recae el 3%.

Comentario final: La rápida derivación del médico de familia al hospital de referencia para descartar un linfoma o una tuberculosis activa, supuso el diagnóstico de una forma poco frecuente de tuberculosis así como el inicio de su tratamiento. Siendo clave su papel en el diagnóstico del paciente.

Palabras clave: Tuberculosis miliar. Adenopatías. Fiebre.