

## 347/1597 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

C. Benítez Robles<sup>a</sup> y F. Martín Grutmancher<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Espartinas. Sevilla. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Virgen de la Bella. SAMU. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes médicos: HTA e hipotiroidismo. Colecistectomizada. Tratamiento: enalapril 10 mg/24 horas, eutirox 100 µg/24 horas. Enfermedad actual: mujer de 64 años con febrícula vespertina de 15 días de evolución, malestar general y poliartralgias. Comenta sequedad ocular. Se inicia doxiciclina 100 mg/12 horas y se solicita analítica de control. Se deriva a MI.

**Exploración y pruebas complementarias:** En principio exploración anodina. Posteriormente ictericia de piel y mucosas y parótidas aumentadas de tamaño e induradas. Lesiones compatibles con púrpura palpable en raíz superior de muslo y abdomen. Analítica desde AP: hemograma: normal. Bioquímica (a destacar): Bb total: 0,50 mg/dl, GGT 421 UI/L, GOT 121 UI/L, FA 262 UI/L resto normal. Coagulación normal. Serología: IgG VEB y CMV positivos (IgM negativos), VHB, VHA y VHC negativos. Rickettsia negativo. Rosa de Bengal negativo. Sedimento de orina normal. Rx tórax PA: normal. Bioquímica (destaca): GOT: 578 UI/L, GPT 347 UI/L, amilasa 405 UI/L, lipasa 405 UI/L. Bb total: 8,2 mg/dl, directa 3,8 mg/dl, 4,36 mg/dl. Hemocultivo: negativo. PCR: 23,9 mg/L. VSG: 13 mm/h. ANA: 15. Factor reumatoide: 58 U/L. Ac Ig SSRo > 240, anti La 57. ANCA, anti KLM, ASMA y AMA negativos. ECA: 110 U/L. Ecografía de abdomen: ausencia de vesícula biliar posquirúrgica. Ecocardiografía: normal. TAC con contraste de tórax-abdomen y pelvis: micronodularidad en cisura menor derecha como único hallazgo que pudiera sugerir sarcoidosis. Test de Schirmer: OD y OI: 2 mm (acortado). Lavado broncoalveolar: sin relación CD4/CD8, con predominio de macrófagos.

**Orientación diagnóstica:** Sospecha de sarcoidosis sistémica con afectación pulmonar, hepática, articular y de glándulas salivales. Síndrome de Sjögren.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades infecciosas (TBC, abscesos, endocarditis infecciosa), neoplasias (linfomas, leucemias), conectivopatías, hepatitis autoinmune.

**Comentario final:** En este caso se pone de manifiesto la importancia de la exploración integral de los pacientes y la relación ante diferentes hallazgos clínicos y analíticos para la realización de PPCC y así llegar al diagnóstico.

### Bibliografía

1. Judson MA, Boan AD, Lackland DT. El curso clínico de la sarcoidosis: presentación, diagnóstico y tratamiento en una gran cohorte de blancos y negros en los Estados Unidos. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2012;29:119.

2. Judson MA. El diagnóstico de sarcoidosis. Clin Chest Med. 2008;29:415.

**Palabras clave:** Fiebre de origen desconocido. Sarcoidosis. Síndrome de Sjögren.