



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/124 - FIEBRE INTERMITENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Pax Sánchez^a, R. García Arriola^b, E. Sierra Rubio^c y M. Millán Hernández^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Aravaca. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Marazuela. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 60 años que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,5 °C desde hace 24 horas. Refiere episodio similar hace 10 días, con una duración de 7 días, que se autolimitó espontáneamente. Otro episodio similar de 3 días de duración hace un mes. No clínica de infección respiratoria, no náuseas ni vómitos. Refiere pérdida de apetito. Desde hace 2 meses ha viajado a Sudamérica en varias ocasiones, la última hace 15 días.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 158/69 mmHg, FC: 76 lpm, T^a: 39 °C. Sin hallazgos patológicos. Se realiza analítica de sangre donde se objetiva: bilirrubina total 0,70 mg/dl, GPT 48 U/L, GOT 38 U/L, GGT 83 u/L, proteína C reactiva 153,2 mg/L. Leucocitos $22,53 \times 10^3 /?L$, neutrófilos $16,64 \times 10^3 /?L$, resto sin alteraciones. Se realiza prueba rápida de malaria, negativa. Se decide ingreso para estudio, donde se solicitan serologías, sin hallazgos significativos. A los 5 días de ingreso, se realiza TC abdominal donde se objetiva "extensa afectación hepática principalmente del lóbulo derecho, a expensas de gran lesión (superior a 10 cm) probablemente conformada por otras de menor tamaño con necrosis en su interior. Aerobilia. No datos de colecistitis ni vía biliar dilatada. Cambios que sugieren como primera posibilidad absceso hepático, probablemente piógeno". Radiología intervencionista realiza drenaje del absceso, con cultivo del pus en el que se aísla E. coli. Se deja drenaje percutáneo. Se pauta antibioterapia y el paciente recibe alta clínica por mejoría clínica y analítica.

Orientación diagnóstica: Absceso hepático.

Diagnóstico diferencial: Estudio de fiebre sin foco. Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, abscesos abdominales y/o pélicos, brucellosis, fiebre Q... Neoplasias de origen hematológico, renal, colon, pancreático... Colagenopatías, vasculitis. Miscelánea: fiebre por fármacos, sarcoidosis, Crohn, tiroiditis subaguda, colitis ulcerosa, fiebre mediterránea familiar...

Comentario final: La fiebre sin foco siempre es un reto para el médico de atención primaria como para el médico de urgencias (que en muchos de los casos es especialista en MFyC). La anamnesis como herramienta diagnóstica es fundamental, con detalles de viajes y de alimentación, así como estilo de vida.

Bibliografía

1. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fiebre-de-origen-desconocido/>

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Fiebre. Absceso hepático. Viajes.