



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3362 - FIEBRE, ¿UN SIMPLE VIRUS?

L. Liarte Legaz^a, F. Box Laveda^b, A. Eni^a y Á. Ortuño Nicolás^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Torre Pacheco. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Torre Pacheco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes: sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No tratamiento crónico. Varón de 34 años que acude a consulta de Atención Primaria por presentar fiebre de 2 semanas de evolución, de hasta 39,9 °C de máxima termometrada en domicilio junto con odinofagia y escalofríos con tiritona y sudoración excesiva nocturna. Además, tos con escasa expectoración blanquecina y deposiciones blandas (unas 3-4 veces/día) sin productos patológicos coincidentes con episodio febril.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Blando, sin masas ni megalias. Peristaltismo conservado. No doloroso a la palpación profunda. Pulsos femorales presentes y simétricos. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes y simétricos. No palpo adenopatías cervicales, claviculares, axilares ni inguinales. ORL: Faringe normal. Amígdalas algo aumentadas de tamaño con presencia de algunos exudados blanquecinos de forma bilateral. Neurológico: meníngeos negativos. No rigidez de nuca. Hemograma: Hb: 12,4. Hcto: 36,7. VCM: 87,6. Plaquetas: 278.000. Leucocitos: 5.350 (58,9%N, 23,6%L). Glucosa: 154. Creatinina: 0,81. Urea: 28. Na: 139. K: 4,70. BT: 0,36. GOT: 55. GPT: 144. GGT: 119. FA: 87. LDH: 343. Amilasa: 35. PCR: 10,74. Coagulación: normal. Orina elemental: 5-10 hematíes/C. Serología: VIH, VHB, VHC, CMV, VEB: Negativas. Parvovirus B19 IgG e IgM: positivas. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 96 bpm, ondas T negativas en III y V1, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía tórax: ICT 0,5. No pinzamientos de senos costofrénicos ni presencia de derrame pleural. No infiltrados ni condensaciones sugestivos de patología aguda. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño de eco patrón conservado sin lesiones focales. Conclusión: hepatomegalia.

Orientación diagnóstica: Primoinfección por Parvovirus B19.

Diagnóstico diferencial: Sarampión, rubeola, roseola, enterovirus, mononucleosis, eritema infeccioso.

Comentario final: El B19 pertenece a familia Parvoviridae, virus DNA monocatenarios, sin envuelta y con cápside de simetría icosaédrica. Mecanismo de transmisión por secreciones respiratorias. Clínicamente suele ser asintomático, aunque primera fase de fiebre, malestar, escalofríos, adenopatías, faringoamigdalitis y cefalea y segunda fase con erupción maculo-papular pruriginosa, con o sin artralgia. Diagnóstico detección directa de antígenos o DNA y pruebas serológicas. No tratamiento, aunque medicación sintomática y en las artralgias antiinflamatorios no esteroideos.

Bibliografía

1. <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/b19.pdf>
2. <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis101k.pdf>

Palabras clave: Fiebre. Parvovirus B19. Odonofagia.