



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2328 - HIPERTERMIA DE ORIGEN CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

D. García Moreno^a, I. Moreno de Juan^b, M. Muriel Díaz^c y C. Pérez Vázquez^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años con AP de HTA, DM II, EPOC, FA, hiperuricemia y DCL en tratamiento con Ulunar 85/43 mg, terbasmin, alopurinol 100 mg, pantoprazol 20 mg, pentoxifilina 600 mg, Sintrom 4 mg, Seguril 40 mg, bisoprolol 2,5 mg, quetiapina 25 mg que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,8 °C de 2 horas de evolución y disminución de nivel de conciencia. Según sus familiares, no clínica infecciosa aparente, pero infecciones tracto urinario de repetición. Refiere caída accidental no presenciada hace 2 días sin mareo ni pérdida de conocimiento.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, NHNP, taquipneico, no colabora. AC: RsCsAs sin soplos. AP: mvc con crepitantes base izquierda. Abdomen y MMII: sin hallazgos. Neurológica: Glasgow 5. Anisocoria, no reactividad pupilar. Pares craneales no valorables. Babinsky + bilateral. No signos meníngeos. Analítica: Hb 11,4. Leucocitos 11.000. Plaquetas 450.000. INR 3,58. TTPA 47,1. FG 64. Cr 1,04. Gluc 181. Urea 45. CK 850. Na 137. K 4,4. Troponina 35. PCR 0,83. Procalcitonina 0,02. Resto normal. Sistemático y sedimento orina normal. Rx tórax: patrón reticulonodular bilateral. No condensación parenquimatosa. TC craneal: hematoma subdural subagudo con áreas de resangrado en convexidad izquierda con extensión a tentorio. Presenta espesor máximo de 27 mm que condiciona desviación de línea media de 20 mm con colapso del sistema ventricular y signos de herniación transtentorial descendente.

Orientación diagnóstica: Hematoma subdural subagudo por traumatismo craneoencefálico y anticoagulación con acenocumarol.

Diagnóstico diferencial: Ambiental. Fármacos y tóxicos. Metabólico-nutricionales. Lesiones SNC. Infecciones. Neoplasias. Vasculitis. Conectivopatías. Simulada-facticia.

Comentario final: Analizar y evaluar el abanico de causas de fiebre de dicho paciente a su llegada a Urgencias, por lo que incidimos en una buena anamnesis y exploración física. Valorar realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos como intubación endotraqueal y ventilación mecánica, o punción lumbar.

Bibliografía

1. Ogoina D. Fever, fever patterns and diseases called 'fever' -A review. Journal of Infection and Public Health. 2011;4:108-24.

2. Padilla Cuadra JJ. Fiebre: fisiopatología, patrones y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Iberoamérica. 2009;1:1-9.
3. Lifshitz A. Fiebre y otras formas de elevación térmica. Revista de Investigación Clínica. 2007;59(2):130-8.

Palabras clave: Fiebre. Hipertermia. Acenocumarol. Quetiapina. Traumatismo craneoencefálico.