



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/116 - ¿DE DÓNDE VIENE LA FIEBRE, DOCTORA?

I. Aramburu Aizpiri¹, L. Royuela García², Ó. Martínez Ferris³ y M. Guijarro Sánchez³

¹Médico Adjunto. Centro de Salud Serrería II. Valencia. ²Médico Adjunto. Centro de Salud Catadau. Valencia. ³Médico Adjunto. Centro de Salud Alzira II. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 44 años de edad sin antecedentes médicos de interés (salvo quistes mamarios) y sin referir tratamiento habitual. Acude a consulta por fiebre de más de 38 °C de varios días de evolución sin foco atribuible, y con dudoso síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. No adenopatías. Se remite a urgencias hospitalarias: analítica y sedimento urinario anodinos. Pautan cefuroxima de forma empírica y alta. Casi 1 mes después consulta por febrícula vespertina ese mes salvo en los últimos 2 días que de nuevo ha tenido fiebre > 38 °C pero con buen estado general. Niega síndrome miccional. No clínica respiratoria ni digestiva asociada. No síndrome constitucional. No síntomas vaginales. Se solicita desde Primaria analítica detallada. Destaca: PCR y VSG elevados, proteinograma alterado. CA 125 de 59. Serologías negativas. Frotis sanguíneo normal. Rx tórax normal. SOH negativo. Dados los hallazgos y fiebre de origen desconocido (FOD) se remite a Medicina Interna. A la espera de cita, la paciente acude para revisión de DIU (no nos había comentado en la anamnesis), objetivando una tumoración anexial izquierda. Derivan para ingreso en Ginecología.

Orientación diagnóstica: EPI con absceso tubo-ovárico y extensa afectación pélvica por Actinomyces.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen neoplásico; infeccioso, por conectivopatías y vasculitis, fiebre simulada.

Comentario final: Desde la Atención Primaria debemos destacar la importancia de una buena anamnesis por aparatos incidiendo en todo tipo de tratamiento habitual, no sólo el oral, para realizar la orientación diagnóstica. El que la paciente omitiera ser portadora de DIU, hizo que se iniciara el diagnóstico diferencial de FOD. La EPI suele cursar con dolor pélvico, fiebre y vaginitis, excepto en la infección pélvica por Actinomyces (bacteria G+), que presenta clínica más larvada y es más frecuente en portadoras de DIU durante largo tiempo, siendo más frecuente en Europa en mujeres jóvenes respecto al continente asiático.

Bibliografía

1. García-García A, Ramírez-Durán N, Sandoval-Trujillo H, Romero-Figueroa MDS. Pelvic Actinomycosis. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2017;2017:9428650.
2. Jennings LK, Krywko DM. Enfermedad inflamatoria pélvica (PID) [Actualizado 2019 11 de febrero]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 enero. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499959/>

Palabras clave: Fiebre. Dispositivo intrauterino. Enfermedad inflamatoria pélvica.