

## 424/3168 - LA FIEBRE DEL BIÓLOGO

H. Hernández Vázquez<sup>1</sup>, I. Polo Gragera<sup>1</sup>, A. Albarrán Sanz-salcedo<sup>2</sup> y E. Gordillo Aguilar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>3</sup>Enfermero de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 29 años, con antecedentes de dermatitis atópica. No hábitos tóxicos. De profesión, biólogo que realizaba charlas con reptiles, invertebrados y pequeños mamíferos. Contacto con perros. No refiere picaduras que recuerde. Acudió por referir fiebre de 40º y malestar general con mialgias generalizadas de varios días de evolución. Refería tos con expectoración amarillo-verdosa, dolor torácico bilateral con la tos. No disnea ni ortopnea. Negaba clínica miccional o alteraciones en el ritmo intestinal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, orientado y consciente. Eupneico, tolera el decúbito, normohidratado y normoperfundido. Auscultación cardiaca: rítmico controlado. Sin soplos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en bases con algún crepitante en base izquierda. ORL: garganta hiperémica sin placas. Abdomen: blando, depresible, sin masas. No dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal. Ruidos presentes. No se palpaban adenopatías axilares, cervicales ni claviculares. Múltiples erosiones en manos por arañazos de los animales. Realizamos analítica urgente: hemograma con leucocitosis de 23.000 con desviación izquierda y frotis que sugería de proceso infeccioso bacteriano, PCR elevada, pendiente de serologías y hemocultivos. Rx de tórax con senos costofrénicos libres, índice cardiotorácico normal, con imágenes de condensación en base izquierda e hilio derecho.

**Orientación diagnóstica:** Fiebre por probable neumonía a filiar.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía asociada de la comunidad. Tuberculosis. Neoplasias pulmonares. Coriocarcinoma testicular con metástasis pulmonares. Sarcoidosis. Neumonitis por hipersensibilidad. Vasculitis granulomatosas. TEP. Eosinofilias pulmonares. Hemorragias pulmonares. Neumonías por fármacos.

**Comentario final:** Tras la inestabilidad del paciente se derivó al hospital para completar estudio y valoración de tratamiento. Se planteó su ingreso en UCI para control estrecho del paciente, pero al final ingresó en el Servicio de Neumología. Tras los resultados de hemocultivos negativos, Serología negativa, PCR para virus influenza A, B y VSR negativo, Legionella negativo; y la positividad del Antígeno para neumococo, la primera posibilidad diagnóstica fue de neumonía bilateral por neumococo. Grado de gravedad PSI FINE I. Se comenzó tratamiento empírico con levofloxacino 500 mg iv, con buena evolución clínica del paciente.

### Bibliografía

1. Álvarez-Rocha L, Alós JI, Blanquer J, Álvarez-Lerma F, Garau J, Guerrero A, et al. Guias para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. *Med Intensiva*. 2005;29:21-62.
2. Dorca J, Bello S, Celis R, et al. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de las neumonías. Recomendaciones SEPAR N°12. Ediciones Doyma. Barcelona 1992.

**Palabras clave:** Neumonía bilateral. Neumología. Fiebre.