



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

482/1594 - FIEBRE SIN FOCO EN PLENA PANDEMIA

E. Herrada Díaz¹, P. Montes Romero², M. Maldonado Muñoz³ e I. Aguilar Martín⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería. ²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería. ³Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, natural de Almería, hipertensa. Trabaja en el campo y tiene contacto con ganado. No viajes recientes. Acude por fiebre (máximo 38,2 °C) y cefalea desde hace dos días. Además presenta lumbalgia (de larga duración). No contacto estrecho con COVID positivo. Se solicita PCR de COVID, se explica aislamiento y se cita telefónicamente en dos días para dar resultados y ver evolución. PCR COVID negativa, persiste fiebre y se extiende la lumbalgia a artromialgias generalizadas (que ella atribuye al trabajo). Completando la anamnesis la paciente nos refiere picadura de insecto hace 12 días, presentando una lesión circular grande rojiza, sin centro necrótico. Tras 4 días con fiebre comienza con malestar general y se deriva a hospital de referencia, donde ingresa para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, sin adenopatías, sin lesiones dérmicas. No hallazgos de interés en la exploración por órganos y aparatos. En el ingreso se completa analítica con serología para *Rickettsia*, CMB, VEB, brucelosis, nueva PCR-COVID-19. A destacar IgM CMV positiva, resto de serologías negativas, con IgG positiva de VEB. En los siguientes hemogramas, presentó linfocitosis.

Orientación diagnóstica: Síndrome febril con posible relación a picadura de insecto.

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa (rickettsiosis), síndrome mononucleósico, infección por COVID-19.

Comentario final: En la situación epidemiológica actual no debemos olvidar otras posibles causas de síndrome febril, sobre todo tras la persistencia de fiebre sin encontrar foco alguno. El CMV es el causante del 10% de los síndromes mononucleósicos frente al 50-90% de VEB; se presenta con fiebre, pero sin faringitis, ni adenopatías. En este caso la picadura abrió el abanico a diagnósticos diferenciales no tan disparatados en el contexto de la paciente. Hago hincapié en el origen y los viajes pues en nuestra zona la malaria es una causa frecuente de fiebre y ya no solo en turistas o inmigrantes recién llegados, sino también en los VFR (*visiting friends and relatives*).

Bibliografía

1. Cecil R, Goldman L, Bennett J. Tratado de Medicina Interna, 26th ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España, 2002; p. 2047-56.

2. Rozman Borstnar C, Cardellach F, Farreras Rozman. Medicina Interna, 19^a ed. Barcelona: Elsevier, 2016. p. 2205-14.

Palabras clave: Infección por mononucleosis. Rickettsia.