

## 333/138 - FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN, UN RETO DIAGNÓSTICO

R. López Sánchez<sup>1</sup>, A. Azagra Calero<sup>2</sup>, A. Aldama Martín<sup>3</sup>, R. Taipe Sánchez<sup>4</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>5</sup>, M. Magdalena Fernández<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinería. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria. <sup>5</sup>Médico de Familia. Santander. Cantabria. <sup>6</sup>Médico de Familia. 061 Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 39 años, con antecedentes de trastorno mixto ansioso-depresivo, bulimia nerviosa (2011), episodios de anemia ferropénica relacionados con la menstruación (tratado con hierro oral). No alergias medicamentosas conocidas. Acude por episodio de malestar general y fiebre de hasta 39°C, de 6 días de evolución, inicialmente tratado mediante un manejo conservador (impresiona de cuadro gripal), sin mejoría alguna por lo que pautamos Amoxicilina-clavulánico 500 mg. A los 12 días desde el inicio del cuadro, re-acude la paciente con persistencia de la fiebre, disminución de peso en 3 kg y astenia. Por lo que cambiamos pauta antibiótica a Levofloxacino 500 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente. Orofaringe sin alteraciones. AC: ritmica, no soplos. AP: MVC. Abdomen: molesto en ambos flancos, sin defensa. No masas ni megalías. Meníngeos negativos. Solicitamos analítica: bioquímica con pruebas de función hepática: normal, PCR: 11,5 mg/dL, hemograma: 3200 leucocitos, segmentados 68,8%, Hb 8,7 g/dL, Hematócrito 24,1%, V.C.M. 98 fL, Plaquetas 78000, coagulación normal. Hormonas tiroideas normales. Serologías para CMV, VEB, VIH, TBC, resultados pendientes. Ante hallazgo de pancitopenia derivamos al Servicio Urgencias para realización de pruebas complementarias y valorar ingreso para estudio. Rx tórax resultó normal y laboratorio realizó frotis de sangre periférica donde se identifican 40% de células blásticas, siendo diagnosticada de leucemia aguda mieloide compatible con M2. Ingresa en Hematología para tratamiento quimioterápico.

**Juicio clínico:** Leucemia mieloide aguda (LMA).

**Diagnóstico diferencial:** Fiebre de origen infeccioso (endocarditis, VIH, TBC, VEB, CMV, Fiebre Q, brucelosis, enfermedad de Lyme), fiebre mediterránea familiar, enfermedades inflamatorias (vasculitis, LES), enfermedades granulomatosas (sarcoidosis), tiroiditis, fiebre de origen tumoral.

**Comentario final:** La fiebre de origen desconocido, supone un autentico reto para el médico de AP. Debemos abordarla desde punto de vista multidisciplinar, sabiendo que como causa subyacente podemos encontrar un origen infeccioso, entidad reumatólogica o proceso neoplásico. Será preciso un seguimiento estrecho, exploración física detallada, solicitar pruebas analíticas para realizar despistaje completo y en caso de identificar signos de alarma derivar a nivel hospitalario. La LMA es el tipo más común de leucemia aguda en adultos, su carácter agudo justifica que se diagnostique dentro de los tres primeros meses de aparición de la enfermedad. La clínica está justificada por la anemia (astenia, mareos), plaquetopenia (hemorragias y hematomas) y déficit de granulocitos (fiebre e infecciones). El tratamiento de elección es la quimioterapia y

en torno a un 70-80% de los pacientes alcanzarán la remisión completa.

## Bibliografía

Zenone, T. Diagnostic approach of recurrent fevers of unknown origin in adults. Rev Med Interne. 2015; 36 (7):457-66.

**Palabras clave:** Fiebre. Pancitopenia. Leucemia mieloide aguda.