



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 10 - ¿FIEBRE SIN FOCO...O CON MÁS DE UNO?

(<sup>1</sup>) Del Pueyo Parra, M.; (<sup>2</sup>) Aliaga Guillén, A.; (<sup>3</sup>) Acero Peligero, M.;

(<sup>1</sup>) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza, (<sup>2</sup>) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza, (<sup>3</sup>) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector III. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias 6 horas después de haber sido dado de alta de otro Servicio de Urgencias hospitalario tras pasar la noche en observación (SOB). El paciente había presentado un pico febril de 39°C hacia 24 horas, asociando molestias lumbares sin objetivar clara semiología infecciosa acompañante. Los parámetros analíticos eran sugestivos de infección (leucocitosis y PCR elevada) pero ante la falta de un foco claro, es dado de alta con paracetamol. Consulta de nuevo por presentar dolor en región lumbar derecha y disuria con hematuria franca sin coágulos; así como escalofríos, malestar general y fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, destaca T<sup>a</sup> de 37,8°C, dolor a la palpación de hipogastrio y dudosa succión renal derecha positiva. Ante la sospecha de un cólico renal complicado se solicita ecografía abdominal que evidenció únicamente hipertrofia prostática. Persiste leucocitosis (16 mil/mm<sup>3</sup>) con neutrofilia (86%) y PCR de 16,6 mg/dl, resto de parámetros sin alteraciones. Sedimento urinario: hematuria, 25 – 40 leucocitos/campo y flora bacteriana aislada (+).

**Diagnóstico diferencial:** la sospecha inicial fue de Pielonefritis versus Cólico nefrítico complicado.

**Diagnóstico:** dado que las manifestaciones clínicas y las pruebas complementarias no resultaban congruentes, finalmente se vuelve a historiar y explorar al paciente que refiere peso en hipogastrio, tenesmo y molestias en región perineal... facilitando un reenfoque con diagnóstico final de Prostatitis aguda. El paciente pasó la noche en observación iniciándose antibioterapia intravenosa con evidente mejoría clínica; en el urocultivo se aisló E.Coli.

**Comentario:** Ante una fiebre elevada sin foco aparente en un varón de mediana edad, hay que tener siempre un alto índice de sospecha clínica y realizar una historia dirigida en busca de semiología de prostatitis. Esta entidad tiene una prevalencia media entre un 11 y un 16% y la clínica más habitual es la existencia de dolor pelviano y síntomas urinarios, incluyendo hematuria. El diagnóstico temprano facilita la instauración precoz de antibioterapia con buena evolución clínica; se aconseja prolongar la duración del tratamiento a 3 – 4 semanas para evitar cronicidad del proceso.