



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/98 - DOCTORA, TENGO FIEBRE POR LA TARDE

A. Della Franco<sup>a</sup>, M. Orgambides Domingo<sup>a</sup>, I. Vigil Mejía<sup>a</sup>, L. Vázquez Canales<sup>b</sup> y J. Gómez Adrián<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagunto. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto 2. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Puerto II. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: no RAMC. Sin antecedentes de interés. Natural de Mali, reside en España desde hace 8 años. Enfermedad actual: varón de 37 años en estudio en atención primaria por síndrome constitucional de 3 meses de evolución, consistente en astenia, hiporexia y febrícula de predominio vespertino junto a pérdida de peso no cuantificada. Refiere debilidad, astenia y artromialgias fluctuantes, tanto en intensidad como en localización. Niega cualquier otra clínica. No viajes recientes. Vive en un albergue compartido con otras 25 personas, ningún otro compañero presenta sintomatología similar. Niega contacto con animales, plantas o sustancias irritantes. No ha observado aparición de erupciones cutáneas ni es consciente de haber sufrido picadura alguna.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/70 mmHg .FC 100 lpm. SatO<sub>2</sub> a/a 99%. Buen estado general. No focalidad neurológica. ACP: rítmica sin soplos audibles. Buen murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible, palpándose esplenomegalia 3 traveses de dedo. No hepatomegalia. No peritonismo. MMII sin edema. Pulsos distales conservados y simétricos. No se palpan adenopatías significativas. Analítica: leucocitos 2.300 (neutrófilos 1.100, linfocitos 800, monocitos 400), hemoglobina 9,7 g/dl, plaquetas 60.000. PCR 158, Cr/urea: 1,1/23. Sodio 122 meq/l. Potasio 3,8 mEq/l. Coagulación y orina normal. Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea 19 cm. Resto normal. Rx tórax: sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis visceral.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico de la enfermedad es, por una parte clínico, con la exclusión diagnóstica de un proceso agranulocitósico o leucémico, el paludismo, sepsis y brucelosis, y por otra de confirmación de la presencia del parásito en los tejidos afectados del huésped. Se debe sospechar en todo paciente que provenga de un área endémica y presente fiebre de más de dos semanas de duración con o sin otras manifestaciones clínicas como hepatoesplenomegalia, distensión abdominal, adenopatías generalizadas, signos de sangrado, edemas, ascitis, anorexia, pérdida de peso, caquexia, debilidad progresiva, alteraciones en la piel y el pelo. El diagnóstico diferencial habría que hacerlo con tuberculosis miliar, brucelosis, salmonelosis, esquistosomiasis, endocarditis, mononucleosis, sepsis, linfomas, paludismo, histoplasmosis.

**Comentario final:** Sospechamos leishmaniasis visceral derivamos al hospital. En el aspirado de médula ósea no se observan leishmanias pero por la elevada sospecha diagnostica se inicia tratamiento con anfotericina b a 3 mg/kg/día. A las 48 horas del inicio queda afebril y con importante mejoría del estado. La detección de antígeno de Leishmania en orina es positiva. Estando estable se decide dar el alta y continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

## Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.