



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/351 - FIEBRE, VÓMITOS E ICTERICIA EN UN PACIENTE JOVEN, NO SON LOS QUE PARECEN

L. Alonso Bravo^a, J. Chávez Galván^b, M. de la Hera Romero^c, C. Bernabeu Cifuentes^d y N. Rivera Jiménez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años que acude a nuestra consulta por vómitos, mialgias, cefalea y fiebre de horas de evolución. En ese momento, la exploración es anodina y se diagnostica de GEA con alta domiciliaria. Tres días después, vuelve a consultar por lo mismo, ésta vez con fiebre termometrada de hasta 39 °C, intensa astenia y anorexia.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta tinte icterico y crepitantes bibasales en la auscultación. Llama la atención las excoriaciones presentes en los dedos de las manos, las cuales refiere que se deben “a qué se dedica a la pesca de cangrejos de río”. Hemodinámicamente estable, se deriva al paciente al servicio de Urgencias. En la analítica se objetiva leucocitosis con neutrofilia (18.400, N: 96% L: 1%), plaquetopenia (22.000), insuficiencia renal (creatinina: 2,34; FG 35), aumento de la CPK (1.667) e hipertransaminasemia (GOT 108, GPT 49). La radiografía de tórax muestra un patrón micronodular bilateral. A las pocas horas de estar ingresado, el paciente comienza con hipotensión y disfunción renal, razón por la que pasa a cargo de UCI. En las primeras 48 horas, sufre un shock séptico con disfunción multiorgánica. Presenta disfunción hemodinámica, renal y respiratoria precisando la necesidad de drogas vasoactivas, intubación orotraqueal y ventilación mecánica (por hemorragia alveolar). Además sufre plaquetopenia (llegando a 8.000 plaquetas) y disfunción hepática con un Quick de 45% y marcadores de citólisis elevados. Se inició tratamiento antibiótico empírico con doxiciclina, levofloxacino y ceftriaxona. El diagnóstico se confirma con una serología positiva para *Leptospira*. Tras 20 días de hospitalización el paciente es dado de alta y actualmente se encuentra asintomático.

Juicio clínico: Leptospirosis icterica o síndrome de Weil.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis virales. Mononucleosis por VEB, CMV, VIH, Toxoplasma, VVZ, rubeola, adenovirus. Fiebre Q. Fiebres hemorrágicas. Colangitis, colecistitis alitiásica, absceso renal o absceso hepático...

Comentario final: La leptospirosis es una zoonosis con amplio espectro clínico y sólo una minoría de casos se manifiestan como enfermedad o síndrome de Weil. Una vez más, los factores epidemiológicos de riesgo juegan un papel importante a la hora de elaborar el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Pumarola Suñé, Jiménez de Anta Losada. Leptospirosis. En: Farreras-Rozman Medicina interna, 16ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 2364-7.
2. Moya EM, Canora J, Ortego N, et al. Fiebre de origen desconocido. Diagnóstico Tratamiento Médico. 2015;89:1192-225.