

# Caso clínico 31-3-2021

**Dr. Manuel Martín Regidor**

R5 Medicina Interna

**Resuelve: Dra. Susana García Escudero**

Adjunta Medicina Interna

**Complejo Asistencial Universitario de León**



# MOTIVO DE INGRESO

Mujer de **87 años** que ingresa por fiebre

## ANTECEDENTES PERSONALES

NAMC. Vive en medio rural con su familia. Independiente total para AVBSD . HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo leve. **Anemia ferropénica**. Hematoma subdural postraumático hace 8 años. ERC estadio 3. **Hidronefrosis derecha de causa no filiada desde 2012.**

IQ: **hemicolecctomía derecha por obstrucción intestinal** (benigna) y cataratas

TRATAMIENTO: Adiro 100, Paracetamol, Quetiapina 25, Ferogradumet, Acfol 5, Trazodona, Lercadipino, Omeprazol, Metformina, Seguril.

# ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer de 87 años que ingresa por **fiebre de 40°** en las **últimas 24 horas**. **Presenta picos febriles desde hace 4 semanas** habiendo estado ingresada hace 3 semanas por fiebre, siendo diagnosticada de **infección urinaria sin confirmación microbiológica**. La familia refiere que durante la toma de antibiótico (Augmentine) desapareció la fiebre, volviendo a aparecer tras la finalización del mismo.

• ***Episodios de tiritona asociados con la fiebre. Fiebre intermitente durante el día, estando algunos días incluso afebril.***

# EXPLORACIÓN FÍSICA

COC. BEG. Normo C-H. PVY normal. No bocio.

ACP: rítmica a 80 lpm. MVC. No soplos.

Abdomen blando, depresible, no dolor. No se palpan masas ni organomegalias. RHA+.

EEl: no edemas ni signos de TVP. Pulsos +. No lesiones dermatológicas.

Exploración NRL normal. **No limitación a la movilización de cintura escapulo-pelviana.**  
**Exploración de temporales normales bilaterales**

# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

HEMOGRAMA: **Hb 9.5. VCM 84. Leucos 18.700. N 85%**. 256.000 plaquetas. **VSG 120**

COAGULACION: **TP 67%. INR 1.28**

BIOQUIMICA: gluc 107. Urea 120. **Creat 2.23**. PFH normales. PT 6.2. Ca 9. TG 148. CT 140. **Na 128**. K 4.5. **PCR 117**. Amilasa 49. **PROBNP 1014. Fe 22. IST 12%. Ferritina 140**. B12 1000. AF 3.5. HbA1C 6.5%.

S/S: 500 leucos . Nitritos negativos.

ORINA 24 H: **osmolaridad 259( valores normales:50 a 1200 mOsm/kg) Na orina 60 ( valores normales en CAULE( 40-220 mmmol/24 h).**

URINOCUTLIVO: negativo

PCR SARS COV 2 : negativa

RX TORAX: Cardiomegalia. No condensaciones

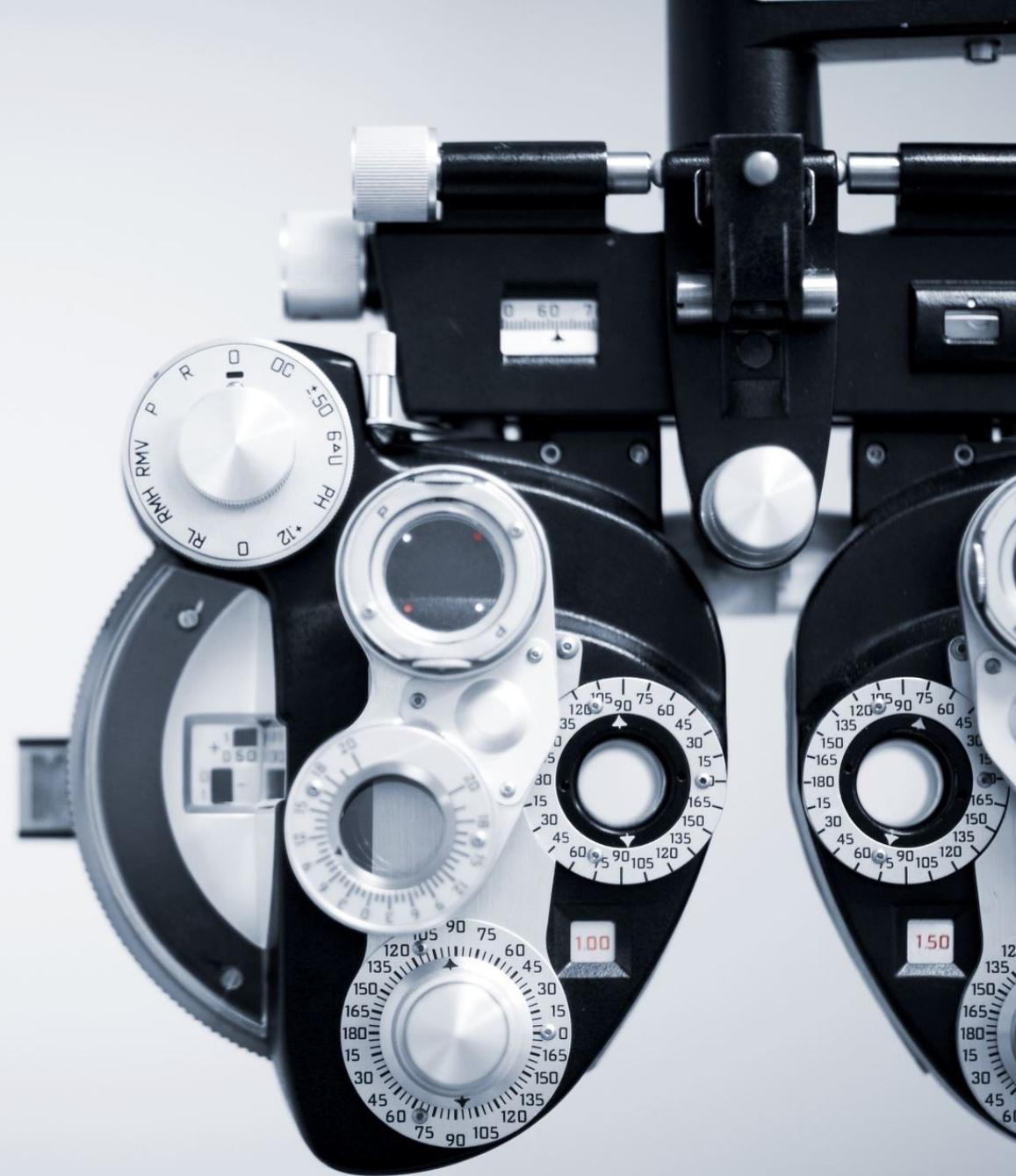
ECG: RS a 80 lpm con BRIHH.

# Síntoma guía

## **FIEBRE SIN CLARO FOCO**

### Alteraciones laboratorio

- Anemia normocítica ( Hb: 9,5; VCM:84 ) → **Trastornos crónicos?**
- Leucocitosis con neutrofilia
- VSG elevada
- Alteración leve de la coagulación ( TP:67% INR : 1.28)
- Cr:2.23( ERC 3)
- PCR : 117
- Hiponatremia : **Na:128 con Na urinario el limite bajo, dilucional?**
- ProBNP elevado
- Ferropenia ( IST:12) : **no se evidencia en los antecedentes colonoscopia ni gastroscopia , ni causa de la misma.**
- Ferritina elevada( reactante fase aguda)



# Parece un caso de fiebre de origen desconocido



FIEBRE SUPERIOR A 38,3 C EN VARIAS OCASIONES

Nuestra paciente ha presentado picos de hasta 40°.



DURACIÓN DE LA FIEBRE DURANTE AL MENOS TRES SEMANAS

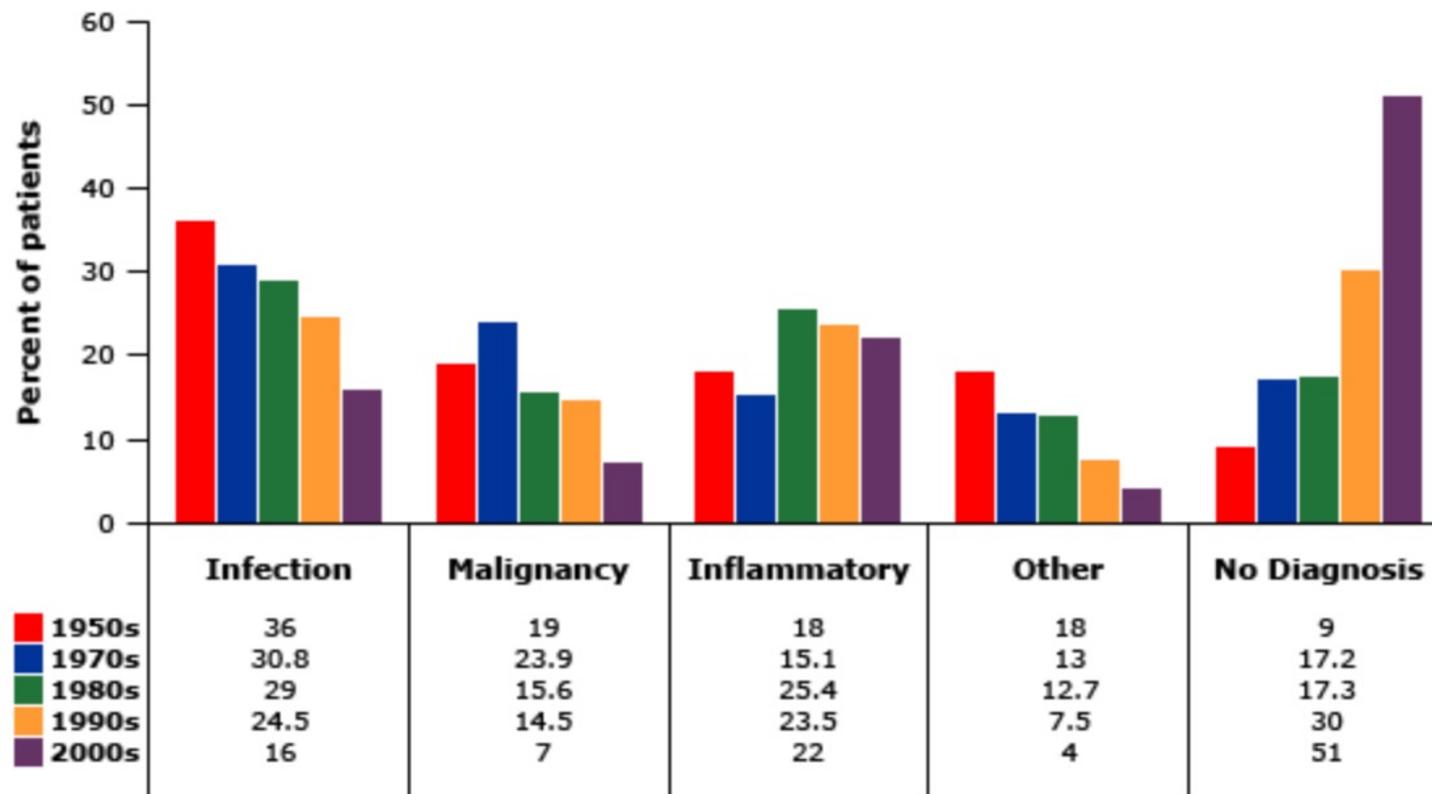
Nuestra paciente lleva 4 semanas con el cuadro



DIAGNÓSTICO INCIERTO DESPUÉS DE UNA SEMANA DE ESTUDIO EN EL HOSPITAL

Estuvo ingresada en el hospital 3 semanas , catalogándola de infección urinaria sin documentación microbiológica

## El porcentaje de pacientes con fiebre de origen desconocido por causa durante cuatro décadas



Adaptado de: Mourad O, Palda V, Detsky AS. Arch Intern Med 2003; 163:545.

Gráfico 73878 Versión 3.0

© 2021 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Todos los derechos reservados.

ENFOQUE  
DIAGNÓSTICO

INFECCIOSO

AUTOINMUNE

NEOPLASICO

# INFECCIOSO

Analíticamente cuadraría con un proceso infeccioso, PCR elevada, VSG elevada , leucocitosis con neutrofilia ... Además de la " tiritona que nos podría sugerir bacteriemia"

Infección a nivel renal o vía urinaria

Colecciones a algún nivel

Endocarditis

Tuberculosis

## Infección a nivel renal o vía urinaria

Presenta alteración en la estructura de la vía urinaria , desde 2012... no totalmente estudiada ( no disponemos de ecografía abdominal ni prueba de imagen en ese sentido)

En contra, el sistemático y sedimento, además del urinocultivo son negativos , igualmente no presenta clínica de infección del tracto urinario ni de pielonefritis.

# En este sentido solicitaría:

Hemocultivos

Micobacterias en orina( PCR de TBC en orina)

Ecografía abdominal

# Colecciones a algún nivel

---

Presenta fiebre intermitente que cede parcialmente con amoxicilina-clavulánico ... y cuando se suspende vuelve aparecer

---

Antecedente de cirugía abdominal

---

En contra no parece tener ninguna clínica a ningún nivel...

En este sentido  
solicitaría:

TC toracoabdominopélvico \*

Gammagrafía con leucocitos marcados

\* Con adecuada fluidoterapia para prevenir deterioro de la función renal por daño del contraste yodado.

# Endocarditis

Clínica de bacteriemia ( tiritona ) , aunque no tenemos documentados hemocultivos...

ProBNP elevado, aunque no describen clínica de insuficiencia cardiaca.

La exploración física tampoco revela soplos ni estigmas de endocarditis

**En este sentido  
solicitaría**

**Hemocultivos**

**Ecocardiograma**

# Tuberculosis

---

Fiebre sin claro foco , nos obliga a descartar tuberculosis...

---

Aunque la rx de torax es normal...

---

No presenta clínica respiratoria , pero podríamos estar ante un cuadro de TBC extrapulmonar.

**En este sentido  
solicitaría:**

**Quantiferon**

**Micobacterias  
en orina**

# AUTOINMUNE

Fiebre larvada e  
intermitente ...  
Anemia normocítica  
de trastornos  
crónicos  
VSG elevada

Sin embargo no  
presenta otra clínica a  
nivel sistémico( ni  
dolores articulares, ni  
debilidad en la  
cintura escapular ni  
pelviana ... ni  
manifiestan pérdida  
de visión ... )

Pensaría fundamentalmente...

ARTERITIS  
DE CÉLULAS  
GIGANTES

# ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

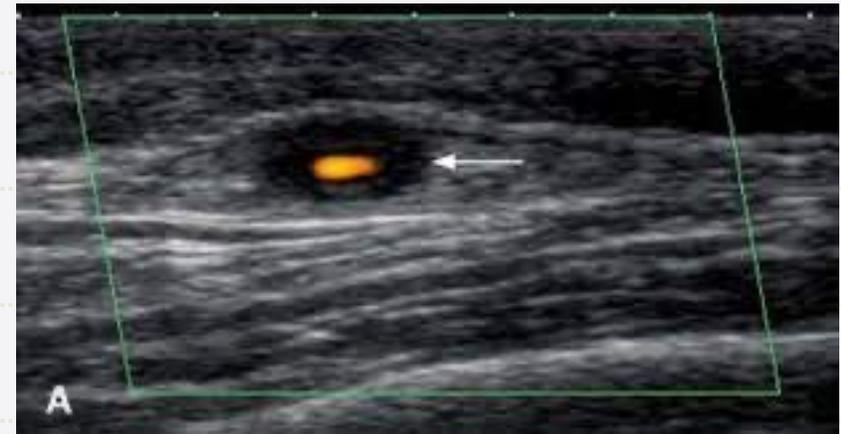
Presenta fiebre sin claro foco

PCR y VSG elevada  
Anemia de trastornos crónicos

En contra , no presenta debilidad en las cinturas escapular y pelviana ( polimialgia reumática ) ni alteraciones de la visión, ni cefalea ni clínica sugerente de la misma .

- Ampliaría el estudio con una **ecografía de las arterias temporales** en busca del signo del halo

▶ En este sentido



# NEOPLASICO

Fiebre sin claro foco  
Anemia normocitica  
Ferropenia

Aunque no presenta  
claro síndrome  
general ni  
sintomatología a  
ningún nivel.

# En este sentido

Solicitaría **TC toracoabdominal**

Presenta ferropenia aparentemente no estudiada ... aunque la anemia es normocítica → valoraría **endoscopias**, si no ha sido estudiada previamente.



# Resumiendo...

El cuadro me sugiere → **origen infeccioso**

## Resumen de pruebas complementarias que solicitaría

**Microbiológicas:** hemocultivos, serologías de neumonías atípicas , VIH ; VHB, y VHC ,micobacterias en orina , quantiferon.

### **Imagen :**

- 1) Ecografía abdominal
- 2) TC toracoabdominal, si este no me da el diagnostico valoraría gammagrafía con leucocitos marcados
- 3) Ecocardiograma
- 4) Ecografía de arterias temporales

# Presunción diagnóstica

- **ENDOCARDITIS**
- Absceso algún nivel



# Bibliografía

- Up to date
- Green Book. Diagnostico y tratamiento médico



**GRACIAS**