

## Un caso con 110 años de solera

A. Benavente Fernández. UGC de Medicina Interna, Especialidades Médicas y Cuidados Paliativos. Hospital de Baza, AGS Nordeste de Granada.

Mujer de 14 años, natural de Ecuador, con residencia estable en Baza desde hace 8 años. No ha realizado viajes recientes y no hay otros datos epidemiológicos de interés.

Sin antecedentes familiares a destacar, tampoco relata antecedentes personales, reconociéndose sana, sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos, ni tratamientos crónicos.

Consulta por fiebre (39°C) de 48 horas, junto con deterioro progresivo del estado general y en ausencia de síntomas o signos que sugieran focalidad.

Por este mismo motivo acudió a urgencias durante los dos días anteriores al ingreso, estimándose un cuadro febril sin focalidad ni datos de alarma, en probable relación con mononucleosis infecciosa, por lo que se realizó serología en urgencias frente a CMV, VEB y toxoplasma para que su Sr/a Médico de cabecera pudiera disponer de tales resultados en la revisión posterior que se recomendaba al alta, junto con tratamiento sintomático antipirético con paracetamol.

A pesar del tratamiento con paracetamol, cuya posología alcanzó los 3 gramos al día, administrados vía oral cada 8 horas, la paciente continúa con fiebre elevada hasta 39°C sin asociar clínica ni signos que sugieran focalidad establecida, progresando el deterioro inespecífico general, que viene dado fundamentalmente por debilidad/decaimiento.

En la anamnesis general y por aparatos dirigida a intentar esclarecer un foco infeccioso, no se obtienen datos clínicos que orienten hacia tal foco. Destaca, por esta misma ausencia de focalidad, la falta de una esperable clínica faringoamigdalina que orientase de forma determinante hacia un proceso mononucleósido.

EF: Normosómica, sin fenotipo patológico, se muestra bien hidratada, nutrida y perfundida, aunque con regular estado general por debilidad generalizada. Tª 39°C, TA 100/60, Cor: 101 lpm, sin soplos, roces ni extratonos. 32 rpm, sin tiraje ni ruidos patológicos en la auscultación pulmonar, manteniendo un buen murmullo vesicular y SATO2 96%. ORL: destaca la ausencia de la esperable faringoamigdalitis de un cuadro mononucleósido, así como tampoco se constatan adenopatías cervicales, axilares ni supraclaviculares. El resto de la exploración ORL es normal. Abdomen: peristaltismo conservado, blando y depresible, sin masas, megalias y nuevamente, sin una búsqueda hepato o esplenomegalia. En la piel de mmii, distal, se aprecia unas muy sutiles y tenues lesiones purpúricas. No focalidad NL ni meningismo. ROT +/-.

Pruebas complementarias de urgencias:

-Bq: ALT 112 U/L (7-34), GGT 141 U/L (4-24). PCR 150,3 mg/L (0,02-5). LDH 415 U/L (0-247). La serología frente a VEB, CMV y toxoplasma, extraídos en urgencias 48 horas antes, resultan negativos.

-Hgr: Hb 9,3 g/dL, Htc 27,4%. 80% N, 75000 Plt.

-Coagulación: Tpt 17'' (10,4-13), 59% (70-130). Ttpa 50'' (26-37).

-Hgr: normal; sin linfocitos activados.

-Orina: normal.

-ECG: normal.

-RxTx:



Dada la afectación del estado general, hallazgos exploratorios (FC y FR) y los hallazgos en la radiología torácica, se decide ingreso para observación, estudio y tratamiento con el juicio clínico: Cuadro febril 2º a proceso viral no mononucleósido con afectación pulmonar primaria viral +/- sobreinfección bacteriana.

La evolución se caracteriza por la persistencia de fiebre y el desarrollo súbito, al 8º día, de uveítis anterior aguda bilateral junto con meningismo, cuyo estudio no indica etiología infecciosa. Al 10º día presenta bruscamente un nuevo síntoma que, asociado al proceso clínico viral, uveítis y meningismo determina la orientación final del cuadro, posteriormente confirmada.