



# Cuando la fiebre no da la cara... Volvamos a empezar

Adriana Roa Ballesteros <sup>(1)</sup>. Jeffrey Magallanes Gamboa<sup>(2)</sup>.  
Andrea Silva Asiain <sup>(1)</sup>. Cristina Salazar Mosteiro <sup>(1)</sup>. Maria  
Navarro de la Chica<sup>(1)</sup>.

*Servicio de Medicina Interna Hospital General Universitario Nuestra Señora  
del Prado (Talavera de la Reina) (1) Medico residente Medicina Interna  
(2) Medico Adjunto Medicina Interna*

# Descripción del caso

Mujer de 64 años acude a urgencias por tercera vez por cuadro febril.

Cuadro de cinco meses de mal estado general, astenia



## Molestias Abdominales

Inespecíficas, plenitud y saciedad precoz



## Perdida de Peso

Hasta 10 kilogramos



## Disfagia. Disgeusia



## Fiebre

Fiebre hasta 38,5oC en los últimos tres meses.



# Antecedentes Personales



Edad

64 años

Profesión

Maestra jubilada

Localidad

Castilla la Mancha,  
España

- No alergias a medicamentos. Intolerancia a lactosa
- Sin FRCV No hábitos tóxicos
- Anafilaxia por exposición por ansisakis. Rinitis perenne.
- Síndrome Ansioso-depresivo.

2018

Estudio de Anemia: Gastritis crónica atrófica. Pólipo adenomatoso en colon.

2020/Abril

Infección por SARS-CoV-2 No requirió ingreso hospitalario.

**Tratamiento habitual:** Omeprazol, Hierro oral, flurazepam seretide, salbutamol, rupatadina.

# Exploración física

T:36.6oC, TA:96/58mmHg, FC:94 latidos por minuto, SO2 98%

REG. Consciente y orientada. Eupneica. Palidez  
cútea.

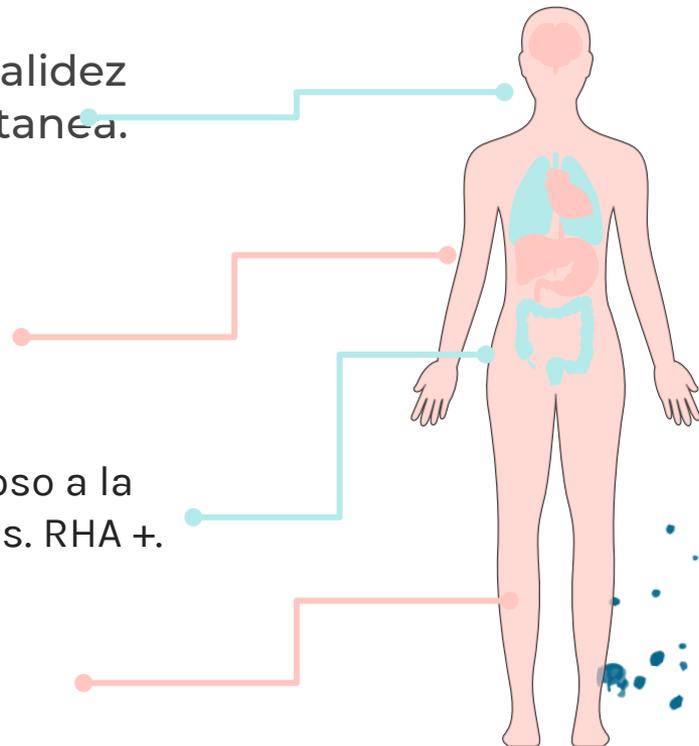
No se palpan adenopatías periféricas.

AC: Rítmicos sin soplos AP: Mínimos crepitantes  
basales en ambos campos pulmonares.

Abdomen: distendido, blando depresible no doloroso a la  
palpación, no se palpa masas ni organomegalias. RHA +.

Extremidades: no edemas, pulsos  
conservados.

Exploración Neurológica: sin alteraciones relevantes.



- Hemograma: Leucocitos 5.200 Neutrofilos:68.6% Linfocitos 11.6% linfocitos totales 0.6 Hb 8.6. VCM 75 HCM 25 Plaquetas 155.000
- Coagulación: AP: 82% INR 1.14 Fig, 479 Dimero D: 468, VSG: 24
- Bioquímica: Glucosa, iones, función renal dentro de los rangos de la normalidad. CK normal.

- Bilirrubina Total 0.2mg/dl (ASAT) 58 mU/mL(<31) . (ALAT) 15 mU/mL (< 40)
- LDH 967u/L (228-407).
- Prealbumina 14.1 (20-40).
- PCR 86.7.
- B2M 7.86 (2.3-3.0 mg/l).
- Perfil tiroideo normal.
  - Hierro sérico 38 ug/dl (50-145).
  - Ferritina 1329 ng/dl(14-150).
  - Sat transferrina 15%(18-40).

# Pruebas complementarias

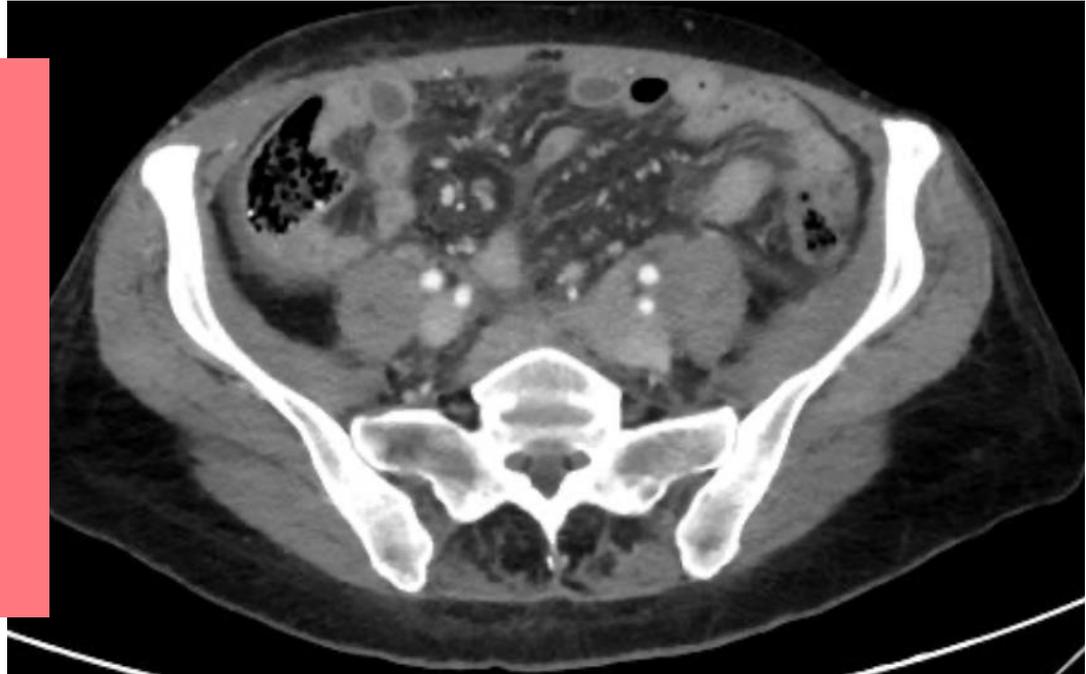
---

## **TAC de cuerpo entero:**

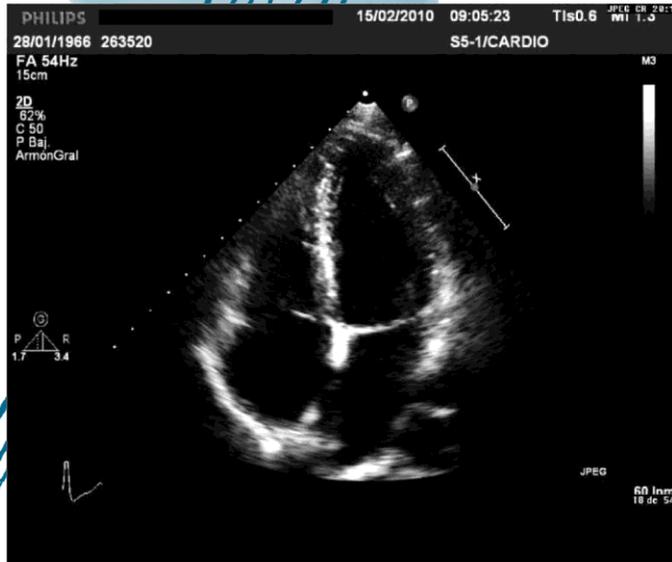
Derrame pleural bilateral, mayor izquierdo, líquido en cisuras.

Líquido libre intraperitoneal.  
No signos de neumoperitoneo o adenopatías de tamaño patológico.

Paniculitis mesentérica



## Gastroscopia y Colonoscopia: Sin hallazgos relevantes



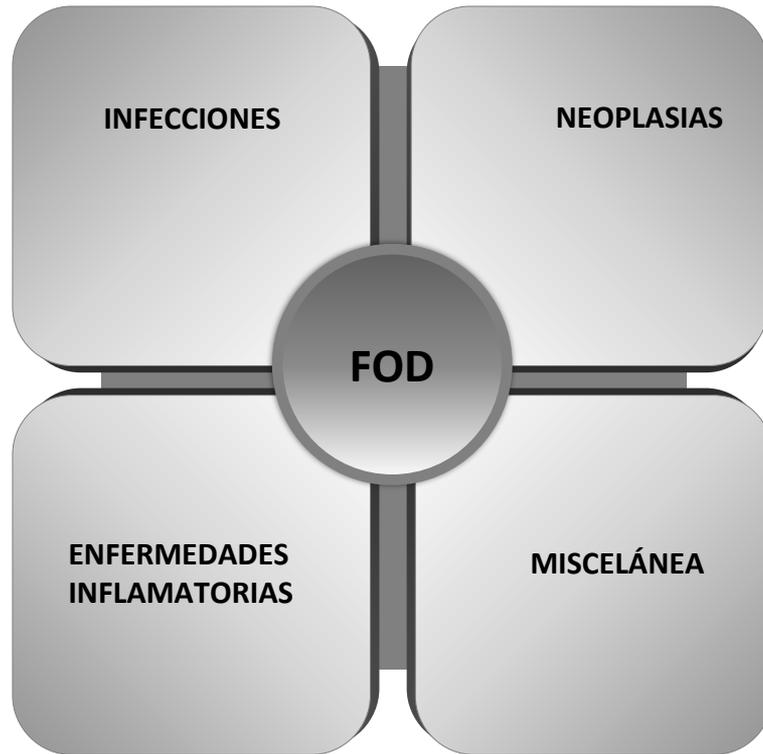
Ecocardiograma: No alteraciones significativas de la contractilidad segmentaria. FEVI global preservada. Insuficiencia tricuspídea ligera. No otras valvulopatías significativas. Válvulas finas sin datos de endocarditis en ETT.



# Pruebas complementarias

- Inmunoglobulinas: IgG 2120 (700-1600) IgA 457 ( 70-400) IgM 72 (40-230)
- Pruebas serologicas de origen infeccioso: VIH, VHB,VHC y LUES: negativos y hemocultivos negativos.
- Autoinmunidad: ANA, AntiDNA , ENAs, ANCAs, TSI negativos.
- Complemento C3 140 (90-180) Complemento C4 32.8 (10-40)
- ECA: 101.9 (13.3-63.9)
- Marcadores tumorales: negativos.
- Anti-Transglutaminasa IgA tisular: 1.4
- Frotis: Sin hallazgos a destacar.





**Table 2. Frequencies of Diagnoses Within the 5 Categories of Classical Fever of Unknown Origin From Selected Publications**

Publication (Year) [Ref]	Total No. of Patients	Infection, %	Neoplastic, %	Inflammatory, %	Miscellaneous, %	Undiagnosed, %
Petersdorf (1961) [9]	100	36.0	19.0	19.0	19.0	7.0
Petersdorf (1980) [17]	105	30.0	31.0	17.0	10.0	12.0
Larson (1982) [18]	105	30.0	31.0	16.0	11.0	12.0
Knockaert (1992) [19]	199	22.6	7.0	21.5	14.5	25.6
Barbado <sup>a</sup> (1992) [20]	218	11.0–31.0	18.0–28.0	13.0–29.0	17	15.0–21.0
Kazanjian (1992) [21]	86	33.0	24.0	26.0	5.0	9.0
De Kleijn (1997) [22]	167	26.0	12.0	25.0	8.0	30.0
Vanderschueren (2003) [23]	192	29.7	35.4	15.1	19.8	51.0
Saltoglu (2004) [24]	87	17.2	18.3	13.7	2.2	7.0
Ergonul (2005) [25]	80	52.0	19.0	17.0	3.0	12.0
Bleeker-Rovers (2007) [26]	73	16.0	7.0	22.0	4.0	51.0
Colpan (2007) [27]	71	45.1	14.1	26.8	5.6	8.5
Mansueto (2008) [28]	91	31.8	14.2	12.0	9.8	31.8
Bandyopadhyay (2011) [29]	164	55.0	22.0	11.0	3.5	8.5
Naito (2019) [30]	141	17.0	15.6	34.0	12.1	21.3

<sup>a</sup>The report by Barbado and colleagues consisted of 2 series: (a) 133 patients from 1968–1981 and (b) 85 patients from 1982–1989 [20].

## INFECCIONES

TBC. SX MONONUCLEOSICO.  
ABSCEOS  
INTRAABDOMINALES.  
ENDOCARDITIS.PARVOVIRUS  
B19 ENFERMEDAD DE LYME .  
HVH 8. DENGUE. PALUDISMO.  
CHAGAS.

## NEOPLASIAS

FOD

## ENFERMEADES INFLAMATORIAS

## NEOPLASIAS

### INFECCIONES

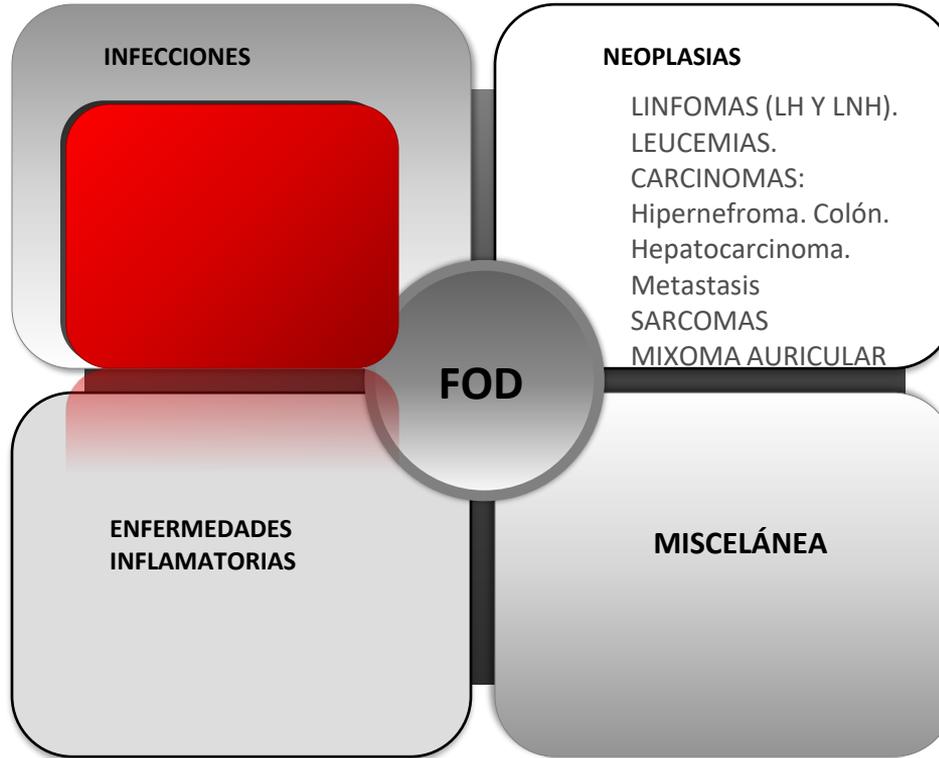
Pruebas serológicas de origen infeccioso: NEGATIVOS  
VIH, VHB, VHC y LUES:  
negativos y hemocultivos  
negativos.  
Tratamiento ATB empírico

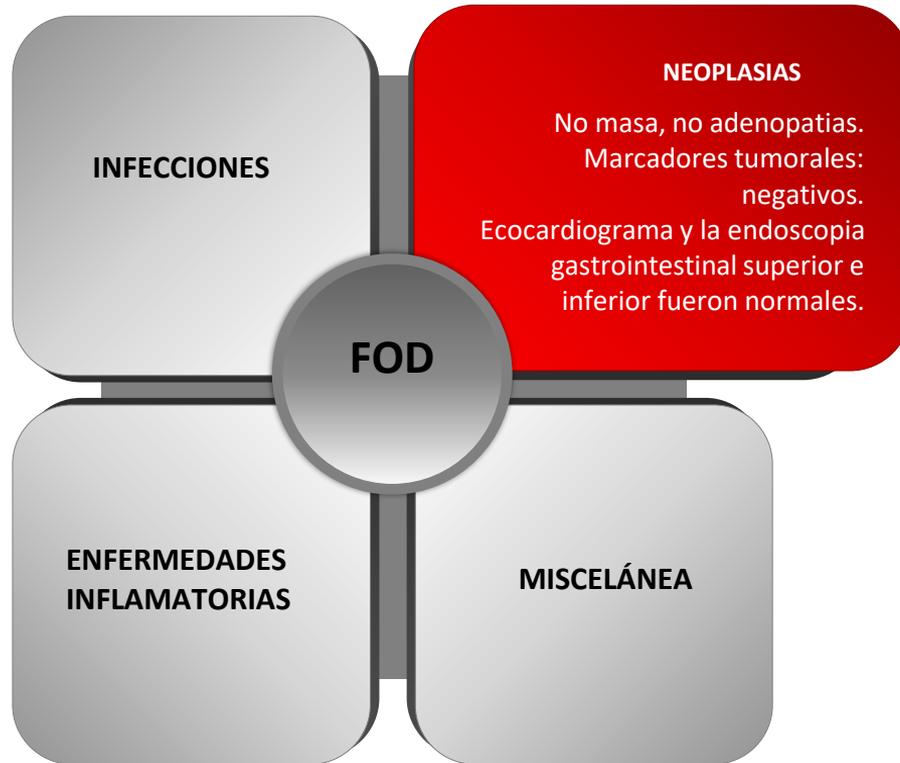
### NEOPLASIAS

## FOD

### ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

### MISCELÁNEA





## INFECCIONES



## NEOPLASIAS



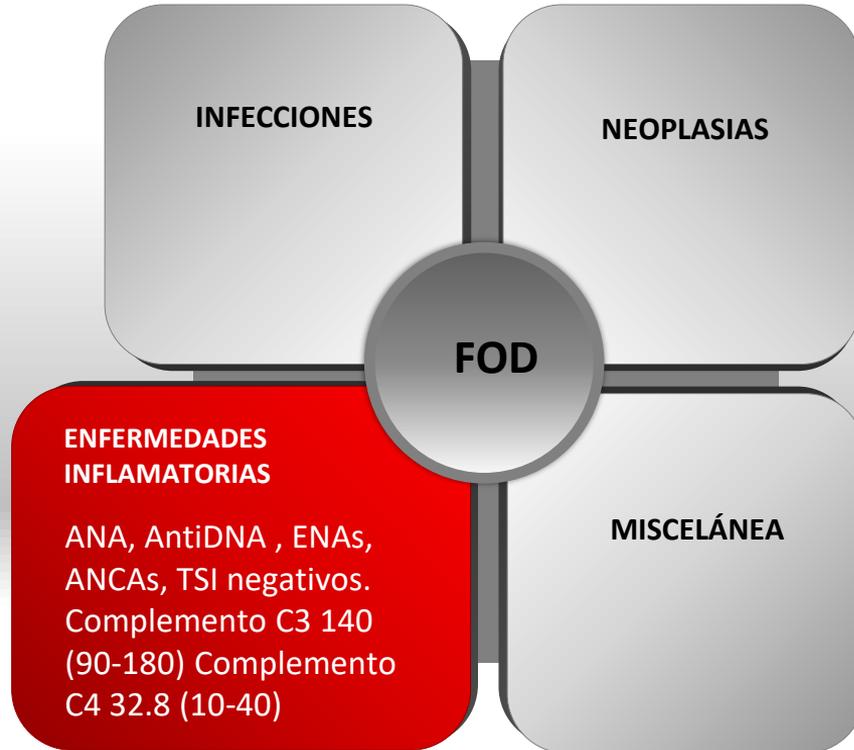
FOD

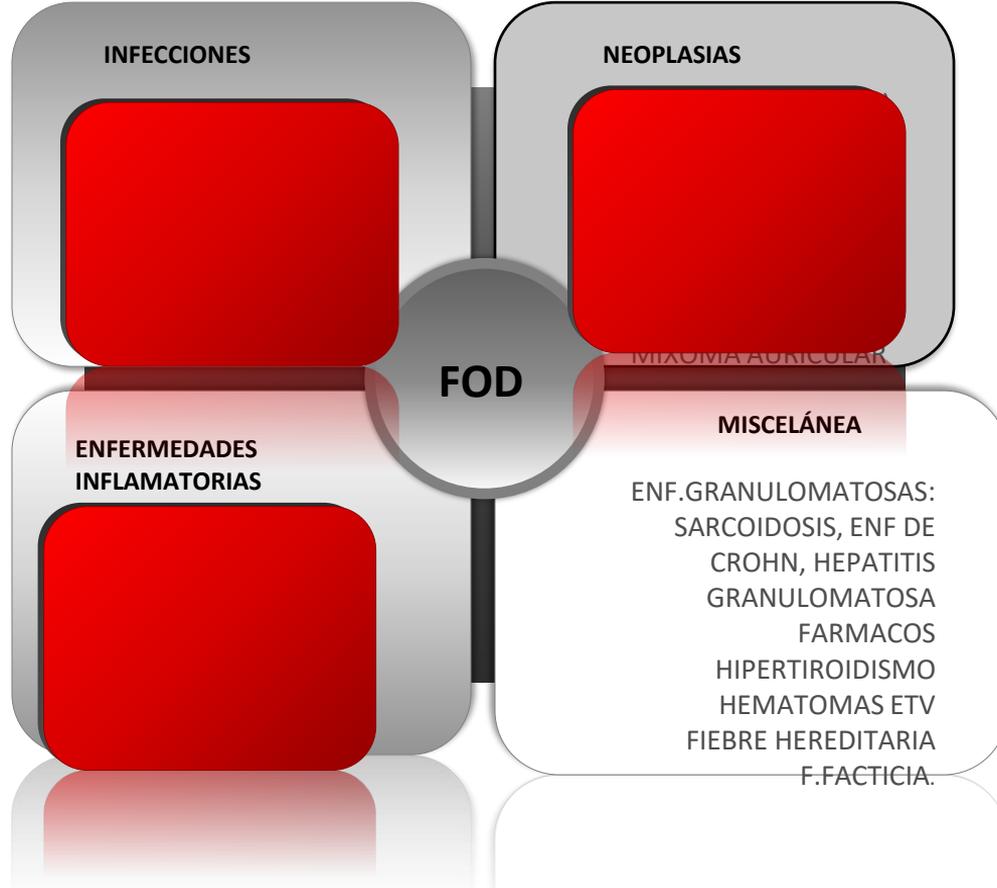
## ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

VASCULITIS: AT, PAN,  
Wegener, Takayasu.  
Enfermedad de Still del  
Adulto.  
PMR.  
ENF, DEL TEJ CONECTIVO: LES  
AR

## MISCELÁNEA

MIXOMA AURICULAR





**INFECCIONES**

**NEOPLASIAS**

**FOD**

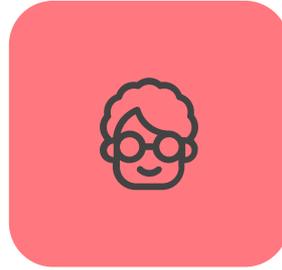
**ENFERMEDADES  
INFLAMATORIAS**

**MISCELÁNEA**

Perfil tiroideo normal.  
Colonoscopia: Normal  
No Datos de  
Enf.Tromboembolica  
NO Eosinofilia, Ni Rash. No  
relación cronologica con  
Fármacos

ECA: 101.9

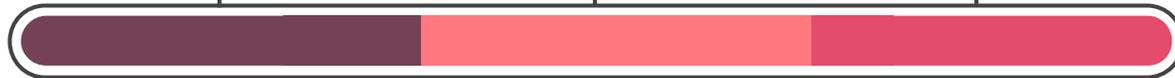
# Evolución



- Tratamiento de soporte transfusiones de CH.
- Antibioterapia empírica, sin una respuesta favorable.

● Biopsia por control ecográfico de la zona correspondiente PM

- Tratamiento corticoideo
- Mejoría clínica, afebril y mejor estado general
- Alta en espera de resultados



# Paniculitis Mesenterica



Infecciones



Vibrio cholera  
Tuberculosis  
Cryptococcus  
Schistosomiasis



Trauma



Trauma abdominal  
Cirugía abdominal  
Post-colonoscopia



Neoplasias



Linfoma  
Mieloma  
Mesotelioma tóraco  
Neo ovario y Prostata



Autoinmunes



IgG4, LES, AR,  
Enfermedad celiaca, AR.  
Sarcoidosis.

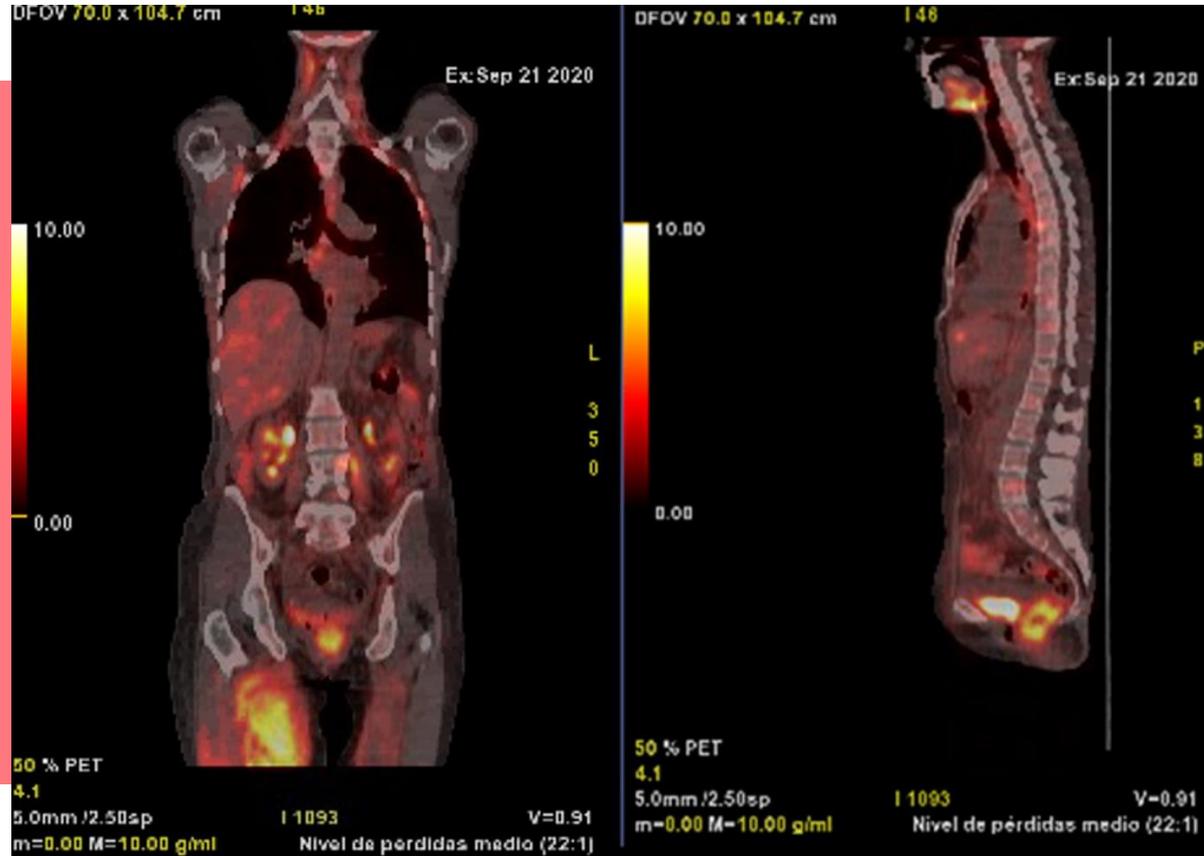
## Dos semanas después

Entre tanto obtenemos los resultados de la biopsia del mesenterio que informan la *presencia de linfocitos atípicos con fenotipo aberrante*, a pesar de la presencia de atipia, **la muestra no es representativa de la lesión.**

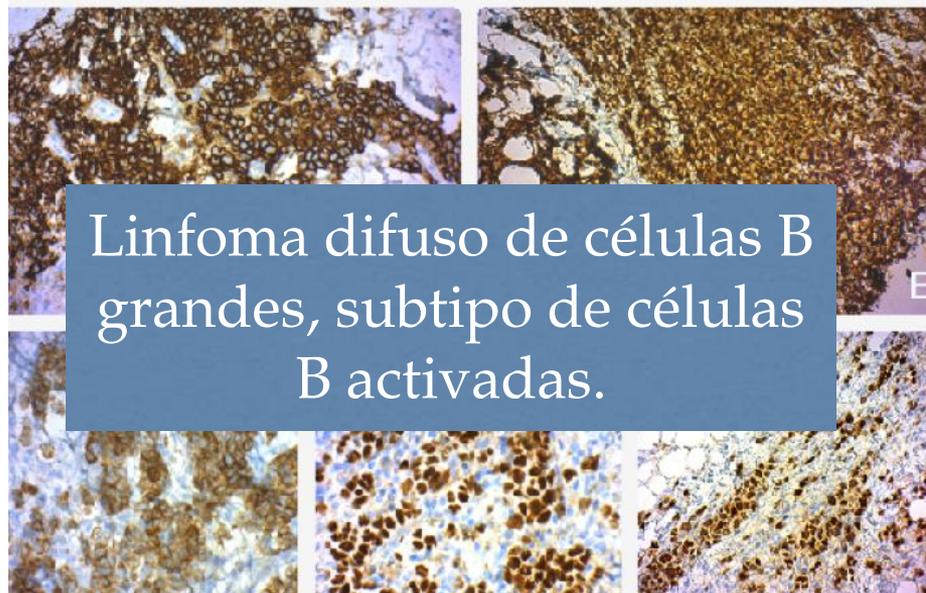
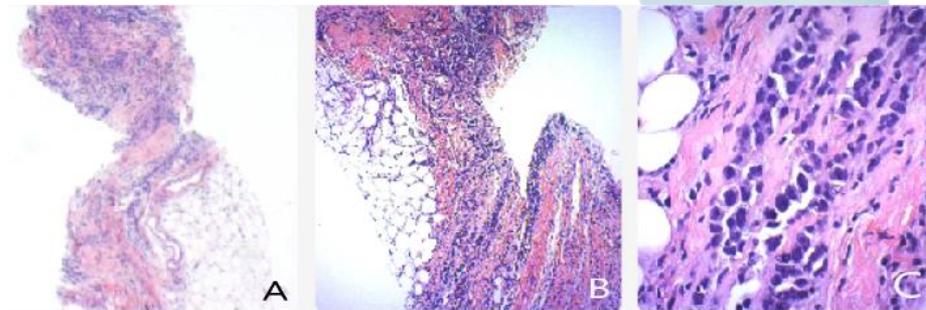
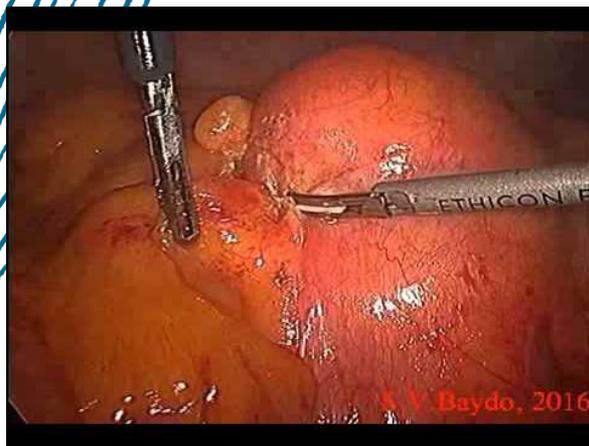


# Pruebas complementarias

- (PET/TC), Elevación de la captación a nivel del :
- Muslo derecho, territorios ganglionares supra e infradiafragmáticos, hígado, mesenterio, músculos del suelo de la boca, músculos intercostales, músculos periescapulares y curvatura mayor gástrica.
- Estudio compatible con proceso linfomatoso supra e infradiafragmatico y extensión ósea, hepática y muscular Estadio IV.



## Biopsia por Laparoscopia



Linfoma difuso de células B grandes, subtipo de células B activadas.



# Diagnostico final

Paniculitis mesentérica causada por linfoma B primario difuso de células grandes.



# Paniculitis Mesenterica

Es una enfermedad inflamatoria poco frecuente, crónica e inespecífica, localizada en el tejido adiposo del mesenterio.

La prevalencia se sitúa entre el 0,16% y el 7,8%, según diferentes estudios

Se presenta hasta en un 65% en mayores de 60 años

Discreto aumento en la prevalencia en los varones

Manifestaciones clínicas: asintomática hasta síntomas inespecíficos dependiendo de la localización y la progresión.

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente.

# Paniculitis Mesenterica



- Etiología desconocida. Se relaciona con una gran variedad de entidades: malignidad, infección, enfermedad autoinmune, etc.
- Los Linfomas son los cánceres con mayor asociación a la PM (36%).
- El linfoma folicular el subtipo más común.
- La relación con un linfoma difuso de Células B grandes es infrecuente. 2%.



- La presentación más común en este tipo de linfoma son las grandes lesiones voluminosas
- El diagnóstico debe ser histológico.
- Biopsia mediante laparoscopia fue fundamental para la precisión del diagnóstico.

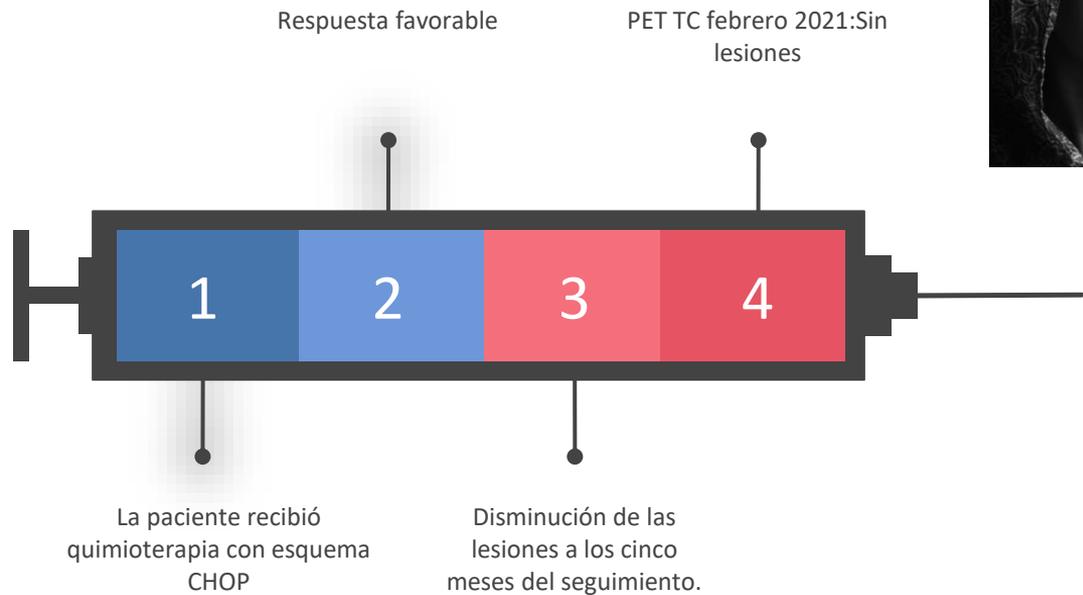
# Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes tipo B

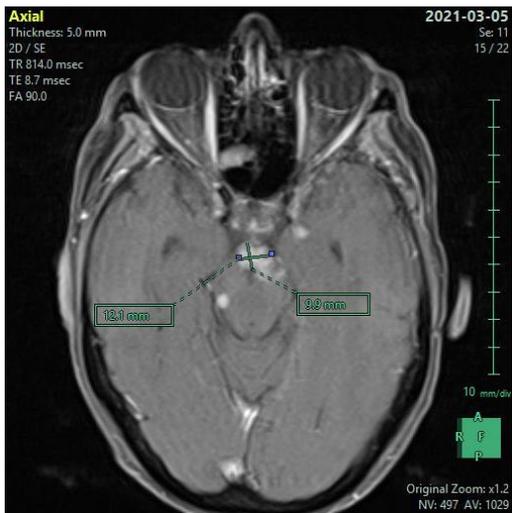
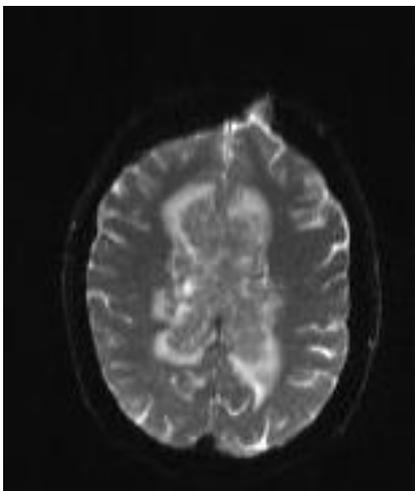
- El LDCGB es el más común dentro del amplio grupo de LNH, 30% del total de esta variedad de linfomas.
- Predominancia en Varones hasta un 55%
- Edad Media: 65 años
- 60% de los casos; manifestación inicial con afectación ganglionar o masas de rápido crecimiento.
- 40% de los casos inician con afectación extraganglionar; gástrico, testicular, mama, útero, ovarios, renal, glándula tiroidea, hueso y cerebro.

# Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes tipo B

- 40% diagnóstico; enfermedad localizada
- Síntomas B hasta en un 40% de los pacientes
- Diagnóstico: Histológico, inmunohistoquímico
- Diagnóstico diferencial incluye: carcinoma, melanoma y linfoma
- El LDCGB es quimioinmunocurable en un 60-70% de los casos
- 10-15% son refractarios al tratamiento de primera línea y otro 15-20% muestran recaída generalmente en los 2 ó 3 primeros años tras el tratamiento

# Evolución





Linfoma Cerebral  
Primario

Fallecimiento dos  
meses después

GRACIAS

