



# Gaceta Médica de Bilbao

www.elsevier.es/ gmb



## CARTAS AL DIRECTOR

### Cuadro febril: ¿infección o vasculitis?☆

### Febrile syndrome: infection or vasculitis?

### Sukarra: infekzioa edo baskulitisa?

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 51 años que acudió a urgencias por un cuadro de 10 días de evolución con fiebre de 38-39°C, dolor en grandes articulaciones, dolor en el costado derecho de características pleuríticas y conjuntivitis bilateral espontánea.

No presentaba antecedentes personales de interés, ni alergias farmacológicas conocidas. Únicamente relataba un síndrome miccional, junto a contacto sexual de riesgo en el mes previo. Diagnosticado por urología de prostatitis, recibió tratamiento con ciprofloxacino. No se evidenció foco infeccioso.

En la analítica del ingreso, destacaba función renal normal (creatinina 0,79 mg/ dl), marcadores de inflamación elevados con ligera leucocitosis (13.000/ $\mu$ l) y sedimento de orina activo (leucocitos y hematíes). Durante el ingreso, las pruebas complementarias que incluyeron una batería de serologías y cultivos fueron negativas; así como el estudio inmunológico básico, Bence Jones y marcadores tumorales. El proteínograma determinó un aumento policlonal de gammaglobulinas.

En la tomografía computarizada pulmonar se objetivó un pequeño infiltrado parahiliar derecho con broncograma aéreo y en la radiografía de senos, sinusitis maxilar dere-

cha, que se trató con ceftriaxona. También inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos por la sospecha de síndrome de Reiter y la persistencia de artralgias. El HLA B27 y la PCR frente a *Chlamydia trachomatis* se recibieron a posteriori y fueron negativos.

En la evolución, persistió el cuadro febril sin foco evidente, además de un deterioro progresivo de la función renal, creatinina 1,6 mg/ dl (MDRD: 47 ml/ min/ 1,73 m<sup>2</sup>), con sedimento activo y proteinuria cuantificada > 1,5 g/ día. Ampliado el estudio inmunológico, se obtuvo positividad c-ANCA 1/ 80 con anti-PR3 de neutrófilo de 100 U/ ml.

Ante la sospecha de vasculitis, se realizó una biopsia renal diagnóstica de glomerulonefritis proliferativa extracapilar. El cuadro era compatible con síndrome de Wegener, por lo que se inició tratamiento con corticoides y ciclofosfamida. El paciente recuperó función renal, aunque mantuvo proteinuria cercana a 1 g/ día.

En conclusión, el inicio de un cuadro febril sin focalidad clínica de etiología infecciosa debe alertarnos de la posible presencia de una vasculitis. En este caso, el rápido diagnóstico y consiguiente tratamiento han favorecido la preservación de la función renal.

S. Balda-Manzanos\* e I. Beired-Val

*Servicio de Nefrología, Hospital de San Pedro, Logroño, La Rioja, España*

\*Autor de correspondencia.

*Correo electrónico: msbalda@riojasalud.es (S. Balda-Manzanos).*

☆Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.