

Más allá de la imagen: cuando la fiebre y las adenopatías engañan al TC

Beyond the Image: When Fever and Lymphadenopathy Mislead CT Scans

AUTORAS

Lorena Vallejo Puntero^a; Celia Molero de Ávila Martín Maestro^b; Maria Román Pérez^c

^a Centro de Salud de Torrijos. Avenida de la Estación s/n, CP 45500, Torrijos (Toledo).

^b Centro de Salud Santa Bárbara. Av. de Santa Bárbara, 1, 45006 Toledo (Toledo).

^c Hospital Universitario de León. Calle Altos de Nava, s/n, 24008 León (León).

Autora para correspondencia: Lorena Vallejo Puntero. **Email:** lore9_10_11@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La aparición de adenopatías profundas junto a fiebre persistente suele orientar inicialmente hacia patologías oncológicas, lo que motiva la realización de pruebas invasivas¹. Sin embargo, en áreas rurales endémicas, determinadas zoonosis pueden simular estas presentaciones sistémicas graves, pasando desapercibidas si no se mantiene un alto índice de sospecha clínica desde el primer nivel asistencial².

Mujer de 61 años, residente en zona rural, que acudió a nuestra consulta por fiebre de 38,5 °C, mal estado general y odinofagia de 10 días de evolución. En la exploración física destacó un exantema papular no pruriginoso, múltiples adenopatías laterocervicales y axilares, junto con hepatomegalia. Se solicitó analítica urgente, obteniéndose el resultado a las 48 horas, objetivándose una hipertransaminasemia moderada con series hemáticas normales.

Ante la persistencia de la fiebre, se derivó al nivel hospitalario para ampliar el estudio. Se realizó tomografía computarizada (TC) que informó de hepatoesplenomegalia y múltiples adenopatías axilares, mediastínicas y paraaórticas, hallazgos informados como sugerentes de linfoma. Se realizó biopsia ganglionar, cuyo resultado histológico descartó malignidad e informó de una linfadenitis reactiva folicular de probable etiología infecciosa.

DIAGNÓSTICO

Tras el alta, se reevaluó a la paciente en consulta, realizando una anamnesis exhaustiva y reinterrogando sobre antecedentes epidemiológicos. Se solicitó serología específica frente a *Rickettsia*, resultando positiva (IgM e IgG). Se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días, logrando mejoría clínica en 48 horas y la resolución clínica completa en el seguimiento posterior.

Este caso ilustra con nitidez el riesgo del sesgo de confirmación y anclaje en el proceso diagnóstico. La detección de adenopatías en cadenas profundas (paraaórticas y mediastínicas) mediante técnicas de imagen actuó como un "ancla" diagnóstica, desplazando la sospecha clínica hacia la neoplasia y relegando otras opciones menos "visibles" pero más probables epidemiológicamente¹. En el entorno

hospitalario, la alta resolución tecnológica puede, paradójicamente, estrechar el foco diferencial si no se contrapesa con una visión clínica integradora².

Las rickettsiosis en el entorno rural pueden manifestarse de forma sistémica y muy inespecífica. Es imperativo recordar que la ausencia de la "mancha negra" patognomónica no debe excluir estas entidades del diagnóstico diferencial, especialmente cuando coexiste un exantema papular y alteración del perfil hepático³. La literatura actual subraya que las formas de *Rickettsia* presentes en nuestro medio pueden cursar con linfadenopatías regionales y profundas que simulan perfectamente un proceso linfoproliferativo, induciendo a errores diagnósticos costosos y estresantes para el paciente⁴.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la Medicina de Familia, este escenario enfatiza que el conocimiento del entorno sociosanitario y la continuidad asistencial son herramientas de un valor diagnóstico equiparable, o incluso superior, a la tecnología de imagen avanzada⁵. La capacidad del médico de familia para realizar una reevaluación tras una "biopsia blanca" (negativa para malignidad) permitió rescatar el caso de una escalada diagnóstica agresiva. En conclusión, en áreas endémicas, la rickettsiosis debe figurar siempre en el diferencial de la fiebre con adenopatías (Tabla 1), priorizando la sospecha clínica y epidemiológica sobre los hallazgos radiológicos indeterminados⁶.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de fiebre y adenopatías en Atención Primaria^(1,2)

Etiología	Entidades Clínicas	Hallazgos Orientadores
Infecciosa	Rickettsiosis, VEB/CMV, Bartonella, Toxoplasmosis.	Exantema, epidemiología rural, contacto con vectores/animales, transaminasas elevadas.
Neoplásica	Linfoma (Hodgkin/no Hodgkin), Metástasis sólidas.	Adenopatías pétreas, pérdida de peso, sudoración nocturna, imágenes infiltrativas.
Inmunológica	Sarcoidosis, Lupus Eritematoso Sistémico (LES).	Afectación articular, clínica multisistémica, autoanticuerpos positivos.
Medicamentosa	Reacción a fármacos (DRESS).	Inicio tras introducción de nuevo fármaco, eosinofilia.

Consentimiento informado: Los autores declaran haber seguido los protocolos de su centro y contar con el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso.

Financiación: No se ha recibido financiación. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graber MA. Sesgos cognitivos en el diagnóstico clínico: cómo evitar errores. *AMF*. 2021;17(4):210-5.
2. Blanton LS. The rickettsioses: a practical update. *Infect Dis Clin North Am*. 2019;33(1):213-229.

3. *Alpizar-Rodríguez D, et al. Rickettsiosis in central Spain: clinical and epidemiological keys. Rev Clin Esp. 2024;224(1):45-52.*
4. *Niu H, et al. New insights on the transmission and pathogenicity of rickettsiae. Front Microbiol. 2023;14:1182345.*
5. *Peniche-Lara G, et al. Rickettsiosis caused by Rickettsia parkeri: a case report and literature review. IDCases. 2022;27:e01422.*
6. *García-Morillo JS, et al. Manejo clínico del edema y procesos sistémicos en la mujer joven. Med Clin (Barc). 2021;156(8):390-6.*