

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

AUTORES: MARGARITA PINEL MONGE. MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA.

MIREN MARTÍNEZ ELGARRESTA. MÉDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIA Y COMUNITARIA. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA.

INTRODUCCIÓN

La fiebre es un motivo de consulta muy frecuente en la consulta de Atención Primaria. Puede ser manifestación de una gran variedad de patologías por lo que es muy importante buscar su causa.

La fiebre de origen desconocido (FOD) fue definida en 1960 por Petersdorf y Beeson según los siguientes criterios diagnósticos:

- Temperatura superior a 38,3°C en determinaciones repetidas.
- Duración de la fiebre más de 3 semanas.
- Ausencia de diagnóstico tras 1 semana de estudio hospitalario.

En 1991 Durack y Street redefinen estos criterios y clasifican la FOD en 4 grupos:

- FOD clásica: temperatura mayor de 38,3°C en repetidas ocasiones, más de 3 semanas de duración y sin diagnóstico tras 3 días de ingreso hospitalario o tras 3 visitas ambulatorias.
- FOD nosocomial: temperatura mayor de 38,3°C determinada en varias ocasiones en un paciente hospitalizado que recibe atención diaria y que en el ingreso no presentaba infección ni la estaba incubando. Se requiere un estudio de 3 días incluidos al menos 2 días de incubación de cultivos.
- FOD neutropénica: temperatura mayor de 38,3°C

en varias determinaciones con recuento de neutrófilos inferior a 500/ μ l, o en el que se pronostica un descenso hasta ese nivel en un plazo de 1-2 días. Se precisa un estudio de 3 días con al menos 2 días de incubación de cultivos.

– FOD asociado a VIH: temperatura superior a 38,3°C en varias ocasiones, de más de 4 semanas de duración en paciente ambulatorio, o de más de 3 días en paciente hospitalizado. Requiere estudio de 3 días, con al menos 2 días de incubación de cultivos.

CASO CLÍNICO

En el siguiente caso clínico presentamos un paciente con FOD. Trataremos de averiguar la causa repasando las diversas etiologías de esta entidad.

Anamnesis

Mujer de 31 años que acude por presentar desde hace 2 semanas fiebre de predominio vespertino de hasta 38,5°C acompañado de astenia, mialgias y malestar general. No refiere clínica urinaria, ni digestiva ni respiratoria.

Fumadora de 10 cigarrillos al día y bebedora de 2-3 unidades de alcohol al día. No presenta antecedentes patológicos personales ni familiares de interés. No recibe tratamiento farmacológico habitual. Trabaja de camarera.

Se realiza auscultación cardiopulmonar que es normal, no se objetivan lesiones dérmicas, no presenta adenopatías y la exploración ORL y neurológica es normal. No se encuentra ningún foco aparente de la fiebre, por lo que se inicia tratamiento con paracetamol y se indica vigilancia de la fiebre y de la posible aparición de nuevos síntomas.

Al cabo de una semana, la paciente regresa a la consulta por persistir la fiebre y por la aparición de artralgias, sobre todo en las manos, sin signos inflamatorios. Reinterrogando a la paciente, no refiere viajes a zonas endémicas, no ha tenido contacto con ganado ni ha ingerido productos lácteos no controlados ni consumo de drogas.

Realizamos nueva exploración donde se objetiva una temperatura de 37,5°C y buen estado general. No presenta adenopatías ni lesiones cutáneas. Se aprecia ligera palidez mucocutánea. La auscultación cardiopul-

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

monar, la exploración ORL y neurológica sigue siendo normal. La palpación del abdomen es normal. Ante estos hallazgos se decide solicitar una analítica con bioquímica, hematología, reactantes de fase aguda, sedimento y sistemático de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen, Mantoux, coprocultivo y parásitos en heces. Cambiamos el tratamiento y pautamos Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas.

En la analítica, destacamos VSG elevada (50), ligera elevación de transaminasas (GOT 70, GPT 65), con el resto de parámetros hepáticos dentro de la normalidad. En el hemograma destaca ligera anemia normocítica.

Ante la persistencia de la fiebre y al no encontrar foco de la misma, proseguimos el estudio y solicitamos serología de Salmonella, VIH, virus de hepatitis, VEB, CMV, Toxoplasma y brucelosis. Completamos la analítica con pruebas inmunológicas y como resultado obtenemos que los anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos antiDNA son positivos. El resto de exploraciones es normal.

Con estos resultados se decide derivar al paciente a la consulta de Reumatología para confirmar diagnóstico de lupus y completar el estudio.

DISCUSIÓN

Causas de fiebre de origen desconocido

En primer lugar repasaremos las posibles etiologías de la FOD:

FOD clásica (Tabla 1)

- Infecciones 30-40%: TBC, brucelosis, abscesos intraabdominales, leptospirosis, fiebre Q.
- Neoplasias 20-30%: linfomas, hipernefoma o carcinoma de células renales.
- Conectivopatías/vasculitis 15%: lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Still, arteritis de células gigantes, artritis reumatoide.
- Miscelánea 15%: fiebre por fármacos, sarcoidosis, fiebre facticia,...

FOD nosocomial

Se suele deber a métodos invasivos como sondas, vías venosas, catéteres... Los microorganismos más fre-

TABLA 1. Causas de FOD clásica (modificado de Ferreras P.)

<u>Infecciones</u>	<u>Neoplasias</u>
Tuberculosis	Linfomas
Colecistitis	Leucemia
Colangitis	Mieloma
Abscesos intraabdominales	Carcinoma renal, pulmonar, pancreático, colon, hígado
Hepatitis bacteriana	Metástasis
Enfermedad inflamatoria pélvica	Melanoma
Abscesos intrarrenales	Sarcoma óseo
Sinusitis	Mixoma auricular
Infecciones intravasculares	Granulomatosis linfomatoide
Meningococemia crónica	Sarcoma de Kaposi epidémico
Gonococemia	
Brucelosis	
Listeriosis	<u>Conectivopatías vasculitis</u>
Leptospirosis	Lupus eritematoso sistémico
Endocarditis infecciosa	Fiebre reumática
Diverticulitis	Artritis reumatoide
Apendicitis	Enfermedad de Still
Pielonefritis	Arteritis de células gigantes
Prostatitis	Panarteritis nodosa
Toxoplasmosis	Vasculitis por hipersensibilidad o idiopática
Amebiasis	Granulomatosis de Wegener
Malaria	Polimialgia reumática
Triquinosis	Eritema multiforme
Fiebre Q	Conectivopatía mixta
Psitacosis	Enfermedad del suero
Mononucleosis infecciosa	
Citomegalovirus	<u>Miscelánea</u>
Dengue	Fiebre por fármacos
Cosackie B	Embolias pulmonares múltiples
	Sarcoidosis
	Tiroiditis subaguda
	Hepatitis aguda alcohólica
	Síndrome de Budd-Chiari
	Crisis hemolíticas
	Reabsorción de hematomas
	Enfermedad de Crohn
	Enfermedad de Whipple
	Aneurisma disecante
	Fiebre mediterránea familiar
	Hipertermia habitual
	Fiebre simulada

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

cuentas son *Clostridium difficile*, *Pseudomona aeruginosa*,...

FOD en neutropénicos

Debemos sospechar Candida, Aspergillus, citomegalovirus, herpes simple,...

FOD en VIH

Más del 50% de las infecciones en VIH se debe a infecciones por micobacterias.

El caso clínico que nos ocupa lo enmarcamos dentro del grupo de FOD clásica.

Diagnóstico de la fiebre de origen desconocido

En el diagnóstico de la FOD, la historia clínica y la exploración física son imprescindibles para evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias y molestas para el paciente.

Historia clínica

Debe ser personalizada y minuciosa. Debemos investigar sobre la profesión actual y anterior, viajes, lugar de residencia, contacto con enfermos portadores de enfermedades infecciosas, cirugía reciente, ingesta de drogas, posesión de animales, hábitos sexuales, vacunaciones recientes, toma de medicamentos,...

Exploración física

Debe ser igualmente minuciosa y detallada teniendo en cuenta que se debe repetir con frecuencia ya que muchos signos físicos ausentes al principio del proceso pueden aparecer posteriormente.

Debemos valorar el estado general y el peso. En la piel buscaremos lesiones dérmicas.

Realizaremos un examen ORL, de fondo de ojo, de senos paranasales y palpación de la arteria temporal, así como búsqueda de adenopatías palpables. Además, haremos una auscultación cardiopulmonar, palpación de abdomen y zona urogenital y examen osteoarticular buscando alteraciones inflamatorias y puntos dolorosos.

Pruebas complementarias

Inicialmente solicitaremos una analítica de sangre incluyendo: glucosa, urea, creatinina, iones, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, VSG, proteinograma, hemograma, coagulación, Igualmente solicitaremos también analítica de orina con sedimento y cultivo, hemocultivos en el momento de subida de temperatura, coprocultivo y parásitos en heces, radiografía de tórax y abdomen, electrocardiograma y Mantoux.

Si las pruebas anteriores no nos orientan sobre el origen de la fiebre, realizaremos una nueva exploración física y anamnesis y, posteriormente pasaremos a ampliar el estudio con las siguientes pruebas: serología de Salmonella, virus de hepatitis, VIH, VEB, CMV, Toxoplasma, brucelosis, Leishmania, Rickettsia, Coxiella, fiebre Q y psitacosis. Solicitaremos además pruebas inmunológicas: factor reumatoide, ANA (si es positivo solicitar anti DNA y anti ENA) y pruebas de imagen como ecografía abdominal.

Si a pesar de todas estas pruebas no llegamos al diagnóstico derivaremos al paciente al un centro hospitalario para proseguir el estudio mediante otras pruebas de imagen, biopsias, laparotomía exploratoria, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Santos Corraliza E. Fiebre de origen desconocido. Un reto diagnóstico. Jano. 2005; 68:43-52.
- Sáez Rodríguez MT, De Felipe Medina R. Fiebre sin focalidad aparente: manejo en atención primaria. Med Gen 2004; 65:363-367.
- Font J, Espinosa.G, Cervera.R, Ingelmo M. Lupus eritematoso sistémico. Jano. 2003;65:57-85.
- Regueiro M., Regueiro F. Fiebre [en línea] (consultado en abril 2006) Disponible en www.fisterra.com/guias2/fiebre.htm
- Gelfand J. Fiebre de origen desconocido. En: Braunwald E. et al. Harrison principios de medicina interna. 15ª edición. Madrid: Mc Graw Hill interamericana; 2002. 953-958.
- Gatell J.M. Fiebre de origen desconocido. En: Farreras P. et al. Medicina Interna. 13ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1997. 2572-2577.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria .Fiebre sin localidad aparente. En: Guia de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. 1ª edición. Barcelona: Semfyc ediciones; 2003. 2.